



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Factores asociados a ideación suicida en una población
penitenciaria de Lima**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Edith GUARDIA ESPINOZA

ASESOR

Victor Adolfo ESPINOZA CATTER

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Guardia E. Factores asociados a ideación suicida en una población penitenciaria de Lima [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA ✓

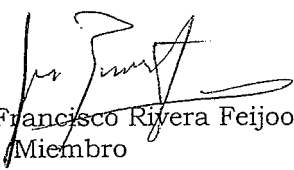
13/3
206


**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA**

Siendo las 13:00 horas del día quince de marzo del año dos mil diecisiete, ✓ en el Instituto de Ética de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor (Presidente), Juan Francisco Rivera Feijoo (Miembro) y Eric Arnaldo Bravo Basaldúa (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **"FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN UNA POBLACIÓN PENITENCIARIA DE LIMA"**, ✓ presentado por doña **Edith Guardia Espinoza**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana, ✓ habiendo obtenido el calificativo de *dieciséis*..... (16).


Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor
Presidente


Dr. Juan Francisco Rivera Feijoo
Miembro


Dr. Eric Arnaldo Bravo Basaldúa
Miembro



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi familia, en especial a mi madre Marisol Espinoza Rojas, fortaleza y pilar importante y para mi ángel guardián quien me cuida y guía en cada momento, mi papito Daniel Ezequiel Guardia Chirinos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios quien está presente en mi vida, en cada momento especial, por bendecir los pasos importantes que doy.

Agradezco a mi familia, hermanos Carla, Andy, Cielito, a mi madre Marisol y padre Percy por su apoyo incondicional y comprensión durante estos siete años de formación profesional.

Eternamente agradecida a mi alma máter, La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana “San Fernando”, quien me acogió durante todo ese tiempo en sus gloriosas aulas, llenas de historia y orgullo Sanfernandino.

Especial agradecimiento al Dr. Víctor Espinoza Catter por confiar en mí y en mi trabajo, por orientarme, apoyarme durante el desarrollo de este. Por brindarme su gran calidad docente y de investigador, muchas gracias por su asesoría para poder culminar este trabajo satisfactoriamente.

Finalmente pero no menos importante a mis eternos compañeros, hermanos de la vida y de los estudios a Kevin Arnold, gracias por estar cada vez que te he necesitado, a mi hermanas del alma Liz García y Gianina Herrera.

INDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
Planteamiento del problema	
Objetivos	
Justificación de la investigación	
Limitaciones	
Marco teórico	
Antecedentes	
CAPITULO II: METODOLOGÍA.....	36
Diseño general del estudio	
Población de interés y criterios de elegibilidad	
Procedimientos del estudio	
Variables	
Análisis estadístico	
Aspectos éticos	
CAPITULO III: RESULTADOS.....	41
CAPÍTULO IV: DISCUSIONES.....	86
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	103

RESUMEN

Objetivos: Identificar los factores asociados a ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. 2017. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal, **Población:** 60 Internos masculinos del Establecimiento penitenciario Miguel Castro Castro. Muestra no probabilística por conveniencia. Se aplicó el Inventario de Orientación suicida - 30 (ISO - 30) y una ficha de recolección de datos de 22 enunciados sobre aspectos sociodemográficos, socioculturales - familiares y de la propia reclusión. **Resultados:** Del 100% de la muestra, el 66.7% de internos obtuvo un alto riesgo, el 25% obtuvo moderado riesgo, y el 8.3% obtuvo un bajo riesgo de ideación suicida. Con el análisis multivariado se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo alto y moderado de ideación suicida y factores de riesgo como tener hijos ($p=0.011$), estar desocupado ($p=0.048$), condición jurídica de sentenciado ($p=0.040$), tener un tiempo actual de reclusión de >1 año hasta 5 años ($p=0.043$), el haber tenido episodios de autolesiones dentro del centro penitenciario ($p=0.049$). **Conclusiones:** Los internos del centro penitenciario Miguel Castro Castro que tienen los factores de tener hijos, estar desocupados, tener condición jurídica de sentenciado, contar con un tiempo actual de reclusión de >1 año hasta 5 años y haber tenido episodios de autolesiones en el interior del centro penitenciario tienen mayor probabilidad de presentar riesgo alto o moderado de ideación suicida.

Palabras clave: Factores de riesgo; Ideación suicida; Centro penal; Perú

ABSTRACT

Objectives: To identify factors associated with suicidal ideation in prisoners of a prison in Lima, Peru. 2017. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study, **Population:** 60 Male prisoners of the Miguel Castro Castro prison. The sample was non-probabilistic for convenience. The Suicide Orientation Inventory Test ISO-30 and a data collection sheet of 22 statements about sociodemographic, sociocultural, family and self-confinement aspects were applied. **Results:** Of the sample, 66.7%, 25% and 8.3% of prisoners had high, moderate and low risk of suicidal ideation, respectively. The multivariate analysis found a statistically significant association between high and moderate risk of suicidal ideation and risk factors such as having children ($p = 0.011$), being unemployed ($p = 0.048$), legal status of sentenced ($p = 0.040$), having a current time of confinement of > 1 year up to 5 years ($p = 0.043$), having had episodes of self-harm within prison ($p = 0.049$). **Conclusions:** Prisoners of the Miguel Castro Castro prison who had factors of having children, being unemployed, having a legal status of sentenced, having a current time of confinement of > 1 year up to 5 years and having had episodes of self-harm within prison were more likely to have a high or moderate risk of suicidal ideation.

Keywords: Risk factors; Suicidal Ideation; Prison; Peru

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Nivel de Instrucción" (pág. 37)

Tabla N°2: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Familiares con los que vivía en casa". (pág. 38)

Tabla N°3: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Creencia religiosa" (pág. 39)

Tabla N°4: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo "Consumo de psicofármacos. (pág. 42)

Tabla N°5: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de "ocupación" en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 43)

Tabla N°6: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 43)

Tabla N°7: Tabulación cruzada entre "el alto y moderado nivel de ideación suicida" con el factor asociado de "estar desocupado" en los internos penitenciarios. (pág. 45)

Tabla N°8: Prueba de Chi Cuadrado (PROGRAMA SPSS 22). (pág. 45)

Tabla N°9: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22. (pág. 45)

Tabla N°10: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de "Tener hijos o no" en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 47)

Tabla N°11: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 47)

Tabla N°12: Tabulación cruzada entre "el alto y moderado nivel de ideación suicida" con el factor asociado de "Sí Tener Hijos" en los internos penitenciarios. (pág. 48)

Tabla N° 13: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 49)

Tabla N° 14: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22. (pág. 49)

Tabla N°15: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el Factor del aspecto familiar asociado sobre “Historia de violencia intrafamiliar” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 50)

Tabla N°16: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 51)

Tabla N°17: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar violencia de Historia Intrafamiliar” en los internos penitenciarios. (pág. 52)

Tabla N°18: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 52)

Tabla N°19: Calculo del Odds Ratio (OR) según SPSS 22. (pág. 53)

Tabla N°20: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “Antecedente de consumo de drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 54)

Tabla N°21: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 54)

Tabla N°22: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Sí haber consumido drogas ilegales previo a su internación” en los internos penitenciarios. (pág. 56)

Tabla N°23: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 56)

Tabla N°24: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22. (pág. 56)

Tabla N°25: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “Antecedentes familiares de suicidio” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 58)

Tabla N°26: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 58)

Tabla N°27: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar Tener Antecedentes familiares de suicidio” en los internos penitenciarios. (pág. 60)

Tabla N°28: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 60)

Tabla N°29: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22. (pág. 60)

Tabla N°30: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “Intentos de suicidio previos” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 62)

Tabla N°31: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 62)

Tabla N°32: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar haber tenido intentos de suicidios previos” en los internos penitenciarios. (pág. 63)

Tabla N°33: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 64)

Tabla N°34: Calculo del Odds Ratio (OR) según SPSS 22. (pág. 64)

Tabla N°35: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Condición jurídica” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 65)

Tabla N°36: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 65)

Tabla N°37: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Condición jurídica” en los internos penitenciarios. (pág. 67)

Tabla N°38: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 67)

Tabla N°39: Calculo del Odds Ratio (OR) Programa SPSS 22. (pág.67)

Tabla N°40: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Historia de reclusiones penitenciarias previas” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 69)

Tabla N°41: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 69)

Tabla N°42: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Historia de reclusiones penitenciarias previas” en los internos penitenciarios. (pág. 70)

Tabla N°43: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 71)

Tabla N°44: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22. (pág. 71)

Tabla N°45: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Haber tenido episodios de autolesiones, durante la estadía en prisión” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 72)

Tabla N°46: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 73)

Tabla N°47: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar haber tenido episodios de autolesiones (daños hacia su persona), durante la estadía en prisión” en los internos penitenciarios. (pág. 74)

Tabla N°48: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 74)

Tabla N° 49: Calculo del Odds Ratio (OR) según SPSS 22. (pág. 75)

Tabla N°50: Tiempo de reclusión hasta el momento (en años) (pág. 76)

Tabla N°51: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Tiempo de reclusión” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 76)

Tabla N°52: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22) (pág. 52)

Tabla N°53: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar tener un tiempo de reclusión de (>1 año hasta 5 años)”. (pág. 78)

Tabla N°54: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS 22. (pág. 78)

Tabla N°55: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22. (pág. 79)

Tabla N°56: Regresión logística de los 10 factores a los cuales se le encontró asociación estadística en el análisis bivariado. (pág. 80)

INDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Distribución de los internos del centro penitenciario según el nivel de riesgo de ideación suicida (pág. 37)

Figura N°2: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Estado Civil" (pág. 38)

Figura N°3: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Trabajaban o estudiaban antes de ser reclusos" (pág. 39)

Figura N°4: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Identidad sexual" (pág. 40)

Figura N°5: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo "Antecedente de haber recibido tratamiento con psicofármacos por alguna enfermedad mental diagnosticada" (pág. 40)

Figura N°6: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo "Padecer o haber padecido de alguna enfermedad con diagnóstico médico" (pág. 41)

Figura N°7: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo "Tipo de delito (motivo de la reclusión)" (pág. 41)

Figura N°8: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo "Tiempo total de condena (en años)" (pág. 42)

Figura N°9: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociodemográfico de "Ocupación" en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro (pág. 44)

Figura N°10: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de "Estar Desocupado" (pág. 46)

Figura N°11: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociodemográfico de "Tener hijos o No" en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro (pág. 47)

Figura N°12: "Alto y moderado" nivel de Ideación Suicida y el factor de "Sí tener hijos" (pág. 49)

Figura N°13: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor del aspecto familiar llamado "Historia de violencia intrafamiliar" en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 51)

Figura N°14: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmación de tener Historia de Violencia Intrafamiliar” (pág. 53)

Figura N°15: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociocultural de “tener el antecedente de haber consumido drogas ilegales previo a su internación” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 55)

Figura N°16: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmación de haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario” (pág. 57)

Figura N°17: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociocultural de “Antecedentes familiares de suicidio” en los internos del Centro Penitenciario Miguel” (pág. 59)

Figura N°18: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmación de tener antecedentes familiares de suicidio” (pág. 61)

Figura N°19: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor de “Intentos de suicidios previos” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 62)

Figura N°20: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmación de haber tenido intentos de suicidio previos” (pág. 64)

Figura N°21: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor llamado “Condición jurídica” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 66)

Figura N°22: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Condición jurídica de Sentenciado” (pág. 68)

Figura N°23: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor llamado “Historia de reclusiones penitenciarias previas” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 69)

Figura N°24: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “afirmar haber tenido reclusiones penitenciarias previas” (pág. 71)

Figura N°25: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor llamado “Haber tenido episodios de autolesiones (daños hacia su persona), durante la estadía en prisión” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 73)

Figura N°26: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmar que durante su estadía en el establecimiento ha tenido episodios de autolesiones (daños hacia ti mismo)” (pág. 75)

Figura N°27: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor llamado “Tiempo de reclusión (>1 año hasta 5 años)” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (pág. 77)

Figura N°28: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “afirmar Tener un tiempo de reclusión de >1 año hasta 5 años” (pág. 79)

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa de que aproximadamente un millón de personas se suicidan anualmente, lo que convierte este fenómeno en un serio problema de salud pública (1).

En promedio tres mil personas se suicidan a diario y, por cada una de ellas, veinte lo intentan. Las cifras se encuentran en aumento, puesto que, de acuerdo con las proyecciones de la OMS, para el año 2020 el índice de suicidios a nivel global podría crecer en un 50%, es decir, aproximadamente millón y medio de individuos alrededor del mundo pueden morir por esta causa (2), siendo las sociedades subdesarrolladas y con altos niveles de pobreza las de mayor riesgo (3).

Su fase inicial se centra en la concepción de una idea o una amenaza, que se termina expresando de manera verbal o escrita el deseo de morir, y posteriormente puede estar acompañada de una acción precursora de causarse daño o la muerte (4). Así, cualquier presencia de ideas, gestos o intentos debe ser considerada indicadora de riesgo (5). Se ha expuesto que efectivamente el suicidio puede prevenirse si se identifican las variables que predisponen a ello o lo facilitan desde sus etapas iniciales como en la ideación suicida considerado su primer eslabón. (6)

Con respecto al sistema carcelario; este debería permitir que los transgresores de la ley que sean recluidos para cumplir su condena eventualmente sean preparados para su reinserción a la sociedad, a través de su reforma moral y el aseguramiento de su buena conducta y subsistencia posterior (7). Sin embargo es sabido que el Sistema Carcelario Latinoamericano en general tiene una difícil situación de cobertura: el número de reclusos supera ampliamente los cupos en los establecimientos carcelarios (8). Esto trae consigo problemas de gran complejidad, como condiciones de hacinamiento, salubridad, ausencia de vínculos sociales y otros factores relevantes que influyen de manera directa en el estado emocional de los reclusos y aumentan sus niveles de estrés, depresión y ansiedad, lo que

puede llevarlos a ideas suicidas, actos suicidas y finalmente el suicidio consumado como una salida (9). Varios especialistas han concluido que el suicidio es una de las primeras causas de muerte en sistemas penitenciarios (10,11). En este orden de ideas, se considera que los centros penitenciarios son contextos que implican situaciones de riesgo, las cuales a su vez pueden generar ideaciones y comportamientos suicidas, pues la privación de la libertad impacta de manera significativa a quienes experimentan esta condición, en el área cognitiva, emocional, conductual y familiar (12).

Esta circunstancia conlleva un proceso de adaptación psicológica. En el contexto penitenciario Latinoamericano este fenómeno social merece especial interés, dado que los índices de suicidio en internos han crecido de manera significativa, sin conocerse a profundidad las verdaderas causas que se relacionan con él (13). Diversos estudios han indicado que el mayor riesgo de actitudes e ideaciones suicidas se encuentra en las edades comprendidas entre los veintitrés y cuarenta y cuatro años, estratos socioeconómicos inferiores, bajo nivel de escolaridad e inicios tempranos en la actividad laboral. De igual forma, se constituyen en factores de riesgo, formar parte de grupos familiares disfuncionales, con implementación de pautas de crianza relacionadas con maltrato, pobreza, violencia intrafamiliar y abandono, además de entornos sociales hostiles y desfavorables caracterizados por actos de violencia e inseguridad (14).

A estos aspectos se aúna el ingreso a prisión, el cual conlleva un proceso de adaptación psicológica para el individuo en el que intervienen e interactúan estresores ambientales, tales como la existencia de condiciones higiénicas y médicas deficientes, la restricción de espacios y actividades de la vida cotidiana y el distanciamiento de las fuentes de apoyo social (15).

Diversos autores (16) se han ocupado del estudio de los factores que serían responsables de estas elevadas tasas. De acuerdo a Bénèzech y Rager (1987), las causas posibles de las ideas y/o conductas suicidas serían diversas, pudiéndose diferenciar entre factores judiciales, factores asociados a la situación misma de encarcelamiento y causas relacionadas con las características de la población penitenciaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN

El suicidio es una conducta que ha prevalecido a lo largo de la historia de la humanidad, actualmente en cifras en un tercio de los países del mundo. Durante los últimos años, se ha observado un incremento constante, de la conducta suicida, este es un problema mundial que plantea retos mayores a los esfuerzos para tratarlo. (17)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial “Anualmente, más de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, lo que representa una muerte cada 40 segundos”. El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años”. Esta organización estima que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales (18). En 1986, la OMS definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (18)

La conducta suicida es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del afectado. Este se puede producir a cualquier edad, y en todo el mundo. El 75% se produce en países de ingresos bajos y medianos como muchos de los países de Latinoamérica (19).

El Perú en el año 2006 se registró 367 suicidios. A inicios del 2007 el MINSA reportó que enero fue el mes de mayor cantidad registro de suicidio en los últimos cinco años, siendo el 80% registradas en Lima y el porcentaje restante en las diferentes regiones del país; representando los adolescentes un 15 % (20). En nuestro país el INEI ofrece datos anuales: en 2012 los suicidios crecieron un 11,3%, pero en los jóvenes entre los 15 y 29 años la subida fue del 25%. (21)

Según el MINSA en el año 2016 “De cada 3 casos de suicidio, dos se encuentran asociados con la depresión y el resto con problemas como

violencia familiar, alcoholismo, esquizofrenia, problemas propios de la vida. Los grupos más afectados en el país son los jóvenes y adolescentes, adultos mayores, mujeres víctimas de maltrato y grupos poblacionales excluidos. Se sabe que entre 900 y 1000 muertes por suicidio pueden prevenirse con el apoyo oportuno de familiares o amigos complementado con una adecuada atención primaria en salud. El primer paso es tener una actitud de ayuda y mostrar acercamiento a la persona que atraviese esta dificultad analizando los factores asociados que favorecen ideas suicidas (21). En el año 2005, Alberto Perales, *et al.*, realizaron un estudio en estudiantes pre universitarios donde la prevalencia de ideación suicida fue de 30%, también se identificó el nivel bajo de cohesión familiar como riesgo asociado de ideación suicida (22).

En el año 2013 se emitió un informe por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de Perú (MINSA) y la Dirección Regional de Lima, del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), en el que se mencionan los episodios depresivos y los trastornos de ansiedad generalizada como los problemas de salud mental más comunes entre las personas reclusas en las cárceles, sumados a los trastornos depresivos recurrentes (9,2 %), trastornos psicóticos (4,7 %), fobia social (4,3 %) y trastornos de pánico (3,4 %) (23)

En Centroamérica diversas instituciones trabajan arduamente por combatir este problema, sin embargo autores como Mondragón, *et al.*, concluyen que hay áreas que quedan desatendidas debido a la precariedad de los recursos existentes y a la sobrepoblación que hay en estos lugares, una de esas áreas es la prevención y tratamiento de la ideación suicida, la cual resulta ser un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza y la depresión y es un importante predictor del intento suicida (24). Suele ir precedido de años de comportamientos o sentimientos suicidas, de planes y advertencias, la ideación suicida sería no sólo un predictor del acto suicida, sino también del deterioro de la salud mental y física. (25)

En las cárceles el proceso suicida es una problemática importante pero subestimada y puede ser abordado a partir de sus factores asociados, desde el estrés psicosocial, puesto que el ingreso a una prisión conlleva a un proceso de adaptación psicológica del individuo, en el que intervienen e interactúan

estresores ambientales como la humedad, el calor, el frío, el ruido, la existencia de condiciones higiénicas y médicas deficientes, la ausencia de espacios de esparcimiento, situaciones de hacinamiento, falta de intimidad, la estructura arquitectónica y organizacional de vigilancia en la que se desarrolla la vida del individuo y el alejamiento de las fuentes de apoyo social; todo esto, teniendo en cuenta las diferencias individuales en recursos, pocas estrategias de afrontamiento y de personalidad. (15) La casi nula y escasa intervención del MINSA para brindar una atención primaria de salud, finalmente afecta el estado de salud psicológica, social y física del individuo.

Las cifras de la ideación suicida y las tasas de suicidio en cárceles han aumentado en la mayoría de países en las últimas décadas (15). En la investigación realizada por Mojica et al, en una cárcel del Quindío (Colombia) en el 2011 encontraron que la ideación suicida de riesgo alto fue de 29% de los reclusos y moderado en el 47% de ellos (26).

Entre algunos de los factores de riesgo más importantes según Folino et al (27), están, ser reclusos(a) jóvenes, tener poco contacto con los familiares, la escasa sociabilidad con los otros presos(as) y el estrés que genera la prisión. Disminuyendo todo esto la capacidad para la resolución de conflictos y afrontamiento adecuado de los estresores lo que se convierte en otro factor de riesgo importante. De igual manera Sheila et al, señalan que los presos dependientes de opiáceos tienen 10 veces mayor riesgo de ideación y de acciones suicidas, el rango de edad más vulnerable es entre 15-24 años de edad, además refieren que la mayoría de suicidios ocurren en aquellos presos(as) que aún tienen su situación penal no definida. (28)

Lekka, et al. En el 2006 investigaron los factores de riesgo de ideación suicida como predictor del comportamiento suicida en privados de la libertad. Estableciendo que los sentimientos relacionados a la ideación suicida se activan por factores estresantes como condición jurídica no definida (19.4%), problemas familiares (14.9%) y económicos (10.4%). (29). También Zhang, et al, en el 2010 investigaron la prevalencia de ideación suicida en cárceles chinas, en una muestra de 690 privados de la libertad, siendo el mayor aporte de esta investigación la valoración de la influencia de elementos como la

depresión asociada, el autoestima y el soporte social sobre la ideación suicida.
(30)

Según Escalante, *et al.*, definen que la conducta suicida es percibida como un continuo que incluye la ideación suicida, tentativas de suicidio (leves y graves) y, finalmente el acto consumado, en donde la ideación suicida es el primer eslabón de menor gravedad, por lo tanto es un grave problema de salud pública, teniendo vital importancia trabajar y analizar los factores asociados que conllevan a la ideación suicida (31). En el Perú, existen pocos estudios en población femenina carcelaria referentes a temas como esperanza de vida, razones para vivir, factores sociodemográficos asociado a depresión, capacidad de afrontamiento de problemas entre otros, más no específicamente temas sobre ideaciones suicidas o el suicidio en sí, en el caso de la en población penitenciaria masculina no existen estudios sobre este claro problema que padecen la gran mayoría de sus internos, mucho menos reportes epidemiológicos sobre la ideación suicida en este contexto, teniendo en cuenta que se trata de miles de reclusos en todo el país, es importante analizar y plantearse la siguiente pregunta.

FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS

PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a ideación suicida en una población penitenciaria de Lima?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario de Lima?
2. ¿Cuáles son los factores del contexto sociocultural y familiar asociado a ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario de Lima?
3. ¿Cuáles son los factores propios de la reclusión asociados a ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario de Lima?

4. ¿Cuál es el riesgo de ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario de Lima?

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores asociados a ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a ideación suicida más prevalentes en internos de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. 2017.
2. Identificar los factores del contexto sociocultural y familiar asociados a ideación suicida más prevalentes en internos de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. 2017
3. Identificar los factores propios de la reclusión asociados a ideación suicida más prevalentes en internos de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. 2017
4. Determinar el riesgo de ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. 2017

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Considerándose a este, el factor de riesgo más importante de suicidio consumado en la población en general. Es así que para una prevención eficaz de este problema en toda su magnitud, sobre todo en aquellos lugares donde se espera encontrar poblaciones de alto riesgo; así también como una mejor disponibilidad y calidad de datos a partir de encuestas sobre suicidios e intentos de suicidio, se realiza el presente trabajo.

Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral. En todo el mundo es insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos sobre el proceso suicida y los intentos de suicidio. Resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública. Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego, a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas de corto y de mediano plazo. (32)

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso, mucho más en los grupos poblacionales excluidos. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos y mucho menos de la ideación suicida. Se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, (33) y que se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado (34, 35).

En lo que a ideación suicida se refiere, en múltiples estudios se ha destacado su asociación con la conducta suicida (36). Por otra parte, en diversas investigaciones se han tratado de identificar los factores asociados con la ideación suicida, reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos, sino su interacción lo que los convierte en factores de riesgo (37).

Es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales (38). Por esa razón, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de indicadores de riesgo suicida son muy importantes (39).

En el Perú no abundan los estudios publicados acerca de la conducta e ideación suicida en internos de centros penitenciarios. Finalmente, y de acuerdo con lo expuesto, este trabajo pretende mostrar el panorama del pensamiento suicida en esta realidad, elaborado y desarrollado a partir de las escasas estadísticas actuales que se tienen de este fenómeno. En sí, este estudio busca especificar las características asociadas a la ideación suicida concretamente en la población penitenciaria de una cárcel de Lima. A partir del conocimiento de las diferentes variables que están presentes en la vida diaria, para que las entidades competentes tengan una aproximación al proceso suicidio carcelario-penitenciario y puedan implementar programas que promuevan intervenciones efectivas (detección, prevención y/o tratamiento de casos), dado que está demostrado que el suicidio se puede prevenir en la medida en que se determinen las variables que lo predisponen o lo facilitan. (40)

La tasa elevada de prevalencia de ideaciones suicidas y de comportamientos suicidas no mortal aunada a la falta de registros sobre este comportamiento que dificulta la obtención de datos útiles para fines de investigación y de prevención del suicidio, nos llevan a incursionar en el análisis de la ideación suicida en este grupo poblacional excluido como una fuente que nos permita encontrar factores de riesgo de suicidio. De lo anteriormente expuesto, la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a esta, resultan de particular importancia en la prevención del suicidio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Una de las limitaciones fue que una vez aplicado el consentimiento informado la gran mayoría de la población en estudio se negó a participar del presente estudio.
- El estudio se realizó durante el mes de enero - febrero del 2017, debido al permiso concedido por las autoridades del INPE (Instituto Nacional Penitenciario), motivo por el cual se trabajó con un número limitado de

internos de dicho centro, comparado con los que se hubiera obtenido si se contara de mayor tiempo de lo permitido por el establecimiento.

- Debido a que el Servicio de Psicología y Asistencia Social del centro penitenciario, durante el mes de enero - febrero sólo trabajó con los internos que asisten a los talleres psicoterapéuticos, pertenecientes a un pabellón determinado, por ende no se pudo acceder a la información del resto de la población.
- Una de las limitaciones fue que algunos de los participantes iniciales no pudieron llenar de manera adecuada los instrumentos. Por lo cual estas fueron descartadas y no pudieron ser analizadas.
- Que el interno penitenciario voluntario sea analfabeto, lo que le impidió el llenado correcto de las fichas de datos.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

EL SUICIDIO

"El término suicidio proviene de dos expresiones latinas: *sui* [de sí mismo] y *caedere* [matar], o sea, matarse a sí mismo" (41). El suicidio, por tanto, "es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada" (42). Para la OMS (43) es "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el propósito letal". Entendido que el suicidio corresponde a una acción humana, descrita como la "conducta suicida", cabe destacar que esta hace referencia a "toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, para que se produzca o no la muerte del individuo" (44).

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del

suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (45).

La ocurrencia de suicidio se apoya teóricamente en dos modelos. El primero, se denomina modelo de estrés-diátesis y se basa en que las características de algunos individuos les hacen reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente. La segunda está basada en la observación de que el suicidio conlleva un proceso (46).

DIÁTESIS DEL SUICIDIO

El término diátesis se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad. El modelo de estrésdiátesis intenta explicar el por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión. Aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o al acto suicida (47). El aspecto genético es insoslayable (48). Quienes intentan o logran suicidarse tienen una historia familiar de actos suicidas, de manera comparable a la predisposición para desarrollar otros trastornos como la enfermedad bipolar o la esquizofrenia (49). La tasa de concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas son mayores entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos, y el suicidio es frecuente en niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, a pesar de las diferencias en el ambiente familiar (50).

EL SUICIDIO COMO PROCESO

El segundo modelo explicativo del fenómeno suicida lo enfoca como un proceso, se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas

suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados (51). Así se establece una secuencia progresiva. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos. Por otro lado, se han descrito tres características dependientes de rasgo (51): a) pensamientos de derrota, en otras palabras, una tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan situaciones estresantes de tipo psicosocial; b) percepciones de "imposibilidad de escapatoria", asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas; y c) percepción de "imposibilidad de rescate", es decir, desesperanza, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas (52).

Ya sea el caso de que el suicidio se enfoque como diátesis o como un proceso, se encuentran más puntos en común que divergencias.

LA IDEACION SUICIDA COMO PRIMER ESLABON DEL SUICIDIO

El consenso casi generalizado de definir al suicidio como un proceso compuesto por diversas acciones que inicia con la ideación suicida (Pérez, 1999; Dias de Mattos, et al. 2010) ha propiciado que el interés de la comunidad científica sobre esta temática se incremente en los últimos años (53, 54). En México, Jiménez y González-Forteza (2003) destacan que entre 1982 y 2003 la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), publicó 56 trabajos de investigación sobre suicidio, de los cuales el 30% de los trabajos se concentró en la ideación suicida (55). Posteriormente, este mismo instituto publicó un conjunto de trabajos que abarcaban de los años 2003 a 2010 sobre epidemiología psiquiátrica, producto de una iniciativa internacional coordinada por la OMS para evaluar trastornos mentales, donde se señalaba que el 17% de las investigaciones referían como tema principal el suicidio (INPRF, 2011). Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las

formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (56). Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida (55). Sin embargo, Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte (53). El suicidio se conceptualiza de esta forma como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática.

Algunos autores como por ejemplo Miranda, et al., en el año 2009 señalaron cinco etapas aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales: 1) Ideación suicida pasiva, 2) Contemplación activa del propio suicidio, 3) Planeación y preparación, 4) Ejecución del intento suicida, y 5) El suicidio consumado (57). Generalmente la ideación suicida se considera como una entidad de naturaleza interna a la que, de acuerdo a los cánones tradicionalistas en Psicología se le atribuye una relación causal reduccionista-determinista (Mondragón, et al., 1998), (25). Aun y cuando diversos autores señalan que el suicidio es un fenómeno multideterminado y que la ideación suicida está contemplada como uno de los factores principales, se sigue destacando su carácter fenomenológico (Jiménez y González-Forteza, 2003; Serrano y Flores, 2005) (55, 58).

Desde una perspectiva de campo en psicología en donde la naturaleza o propiedades de los factores no son necesarias en la explicación de los fenómenos, la ideación suicida sería considerada como una variable latente. Las variables latentes, son construcciones o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de objetos, eventos o acciones. Desde esta perspectiva las variables latentes se definen operacionalmente en términos de comportamientos que deben representarlas (Corral, 1995) (59). En el caso de la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones

conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento prístino (Kantor, 1971) y no solo como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos) (60). En otras palabras, la ideación suicida, no es totalmente una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo.

Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio.

En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (Moscicki, 1995). (61)

ETAPAS DEL PROCESO SUICIDA

Comenzando por el espectro completo del comportamiento suicida (42), que según Pérez (1999) y Mejía, Sanhueza & González (2011) (62), se encuentra conformado por criterios operativos, en los que intervienen sucesivamente tres etapas (que en su conjunto se conocen como el proceso suicida):

- En primer lugar está el suicidio, entendido como la muerte auto-infligida, con evidencia implícita o explícita de que la persona quería morir.
- En segundo término se halla el intento o acto fallido de suicidio, definido como la acción del individuo ejecutada, que no llega a consumarse por impericia o falla del método.
- Y por último, **LA IDEACIÓN SUICIDA**, entendida como aquellos pensamientos universales que tiene un sujeto sobre la interrupción de la propia vida en situaciones de estrés intolerable, ataques de pánico, agresividad, trastornos de humor y ansiedad.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA

Los factores de riesgo asociados a ideación suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas (63). Es de destacar que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suele conducir a pérdida del empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso.

En otra clasificación, los factores de riesgo del individuo con ideaciones suicidas se establecen como: 1) los primarios, que incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica. 2) Los secundarios, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo. 3) Los terciarios, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario marginado que con frecuencia es perseguido o vetado (64). Aunque un posible marcador del suicida podría ser el uso de múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada, en general, el abuso de drogas adictivas, conlleva un alto riesgo de ideación suicida (65). Aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol (66); así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento. En ellos se encuentran añadidos otros trastornos, particularmente la depresión, asociada a conducta agresiva e impulsiva y los trastornos de la personalidad (67)

En cuanto a sus componentes generales y específicos, Nizama (2011) (68) plantea que:

Las personas que intentan suicidarse, con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar, como sentimientos o pensamientos negativos, sentimientos de vergüenza o culpa, sentirse como una carga para sus seres queridos, concebirse como víctimas y poseer sentimientos de rechazo, pérdida o soledad. Por consiguiente, el mismo autor refiere que las conductas suicidas pueden desencadenarse por una situación o hecho que las personas perciben como agobiante, tales como el envejecimiento, puesto que los ancianos presentan la tasa más alta de suicidio. Es así que la muerte de un ser querido, las adicciones, sustancias lícitas e ilícitas y ludopatía, crisis emocionales, enfermedades físicas graves, desempleo o pérdida del mismo y problemas financieros son factores asociados desencadenantes de ideaciones suicidas (p. 82).

Lo anterior no es más que la falla del proceso de adaptación del sujeto en el ámbito en el que se encuentra. Especialmente se presenta un declive de aquellos mecanismos generales que constituyen un conjunto de representaciones, ideas, acciones y sentimientos que le permiten actuar en la realidad. Estos se desencadenan ante situaciones frustrantes; e. g., el estar privado de la libertad, en celdas de aislamiento, genera una tensión psicológica, en la cual se desatan conflictos que afectan las relaciones interpersonales e intrapersonales del individuo (Nizama, 2011; Negredo, Melis & Herrero, 2010). (68, 69)

Seguidamente, con respecto a los motivos específicos, el suicidio es de causa multifactorial, en el sentido de que intervienen:

- **Factores sociodemográficos**, entre los cuales aparecen aspectos como género, edad, etnia, estado civil y nivel socioeconómico. En primer lugar, el género femenino presenta mayores tasas de ideación suicida e intentos de suicidio, pues las mujeres emplean para ello métodos como intoxicación o sobreingesta de agentes químicos, o se realizan cisuras con elementos corto-punzantes; esto a diferencia del género masculino, ya que en la mayoría de los casos los hombres cometen suicidios consumados, porque los métodos que emplean son más efectivos, tales como el ahorcamiento y las armas de fuego. En el

caso de la edad, se ha publicado que el riesgo de suicidio aumenta con esta variable, aunque en la actualidad las tasas de suicidio consumado en jóvenes se viene incrementando, principalmente en varones entre 15 y 24 años (70). En cuanto a la etnia, Borges et ál. (2010) (71) realizaron estudios en Estados Unidos, donde encontraron que en los hombres blancos se encuentran mayores tasas de suicidio que en los hombres negros; por el contrario, en este mismo estudio, las mujeres negras son las que presentan mayores tasas de suicidio, y en menor grado las mujeres blancas. En referencia a las relaciones sentimentales o de pareja, específicamente cuando se experimenta sentimiento de pérdida o rupturas, estas se convierten en un factor de riesgo crucial, en el sentido de que llegan a fragmentar la vida de los sujetos, pues comienzan a desatar en estos conflictos internos, que llevan en últimas a que atenten contra su propia vida (Nizama, 2011) (68). Como lo estipulan García-De-Jalon & Peralta (2002) (70), el estado civil influye en la ejecución de este tipo de comportamientos; e. g., ellos encontraron que se presentan mayores conductas suicidas en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudas. Por último, respecto al nivel socioeconómico, Qin, Agerbo & Mortensen (2002) (72) esbozan que la conducta suicida, principalmente los suicidios consumados e intentos de suicidio, son más usuales en sujetos desempleados, de estratos socioeconómicos bajos y con menor nivel cultural.

- **Factores clínicos**, de modo que la relación entre el suicidio y las enfermedades orgánicas es significativa; e. g., los trastornos mentales más comunes relacionados con el suicidio son: la depresión mayor, los trastornos de personalidad, la impulsividad, las adicciones y el trastorno bipolar (Borges et ál., 2010) (71).
- **Factores neurobiológicos**. Kohli et ál. (2010) y Saifi, Mansourian & Marjani (2010) (73, 74), proponen un sustrato biológico de la agresividad/impulsividad, relacionado con el sistema serotoninérgico, pues encuentran en ello una relación explícita y directa entre bajos niveles de serotonina y el insuficiente control de impulsos, la violencia y la letalidad del acto suicida. Asimismo, plantean que el déficit de la

actividad de este sistema es un factor causante de la depresión, la conducta violenta y la suicida, lo cual ocasiona que los individuos no encuentren vías alternativas a su problemática o conflictos internos, y ello provoca una sobrevaloración de las situaciones, no estimándose en su verdadero ámbito y contexto, y apreciándolas como insuperables e insostenibles.

Los factores asociados a ideación suicida en poblaciones penitenciarias; *“El delito, entendido como aquella conducta que alcanza implicaciones jurídicas al cumplir con los preceptos jurídicos y de culpabilidad, conlleva a que el sujeto activo de la conducta punible reciba una pena que deberá purgar, la mayoría de los casos, en una cárcel o penitenciaría. Ingreso que diversos autores han relacionado con afectaciones de la salud mental, entre las cuales se destacan los episodios de depresión y los siguientes trastornos: depresivos recurrentes, psicóticos, de ansiedad y de la personalidad” (75)*

Asimismo la OMS (2007) (76) resume de este modo los factores de riesgo más significativos de la conducta suicida en las poblaciones vulnerables: (a) factores personales, donde intervienen aquellas variables que hacen a los sujetos vulnerables a este comportamiento, e. g., el abuso de drogas o tener algún trastorno mental; (b) factores externos, relacionados con la tensión psicológica que genera el medio penitenciario en el caso de las poblaciones carcelarias, el síndrome de abstinencia, la falta de apoyo familiar y de la relación de pareja, y (c) factores situacionales, que los constituye en el periodo de seguridad y el cumplimiento íntegro y efectivo de las condenas. En contraste, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, 2007) habla también de los diferentes factores protectores que reducen el suicidio, entre los cuales señala el apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes, las creencias religiosas culturales y étnicas, la participación sana y activa en la nueva comunidad, llevar una vida social satisfactoria a través de la integración social, el uso constructivo del tiempo libre, habilidades efectivas para resolver problemas y tener un propósito general de vida; según las normas penitenciarias de Latinoamérica se establece que el interno debe recibir una atención integral, en la cual él

obtenga servicios esenciales para el bienestar del mismo, durante el tiempo de reclusión.

CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN CÁRCELES

En la mayoría de los casos, en una cárcel o penitenciaría diversos autores han relacionado a los internos con afectaciones de la salud mental, entre las cuales se destacan los episodios de depresión y los siguientes trastornos: depresivos recurrentes, psicóticos, de ansiedad y de la personalidad (75)

Ello es consistente en el informe emitido por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de Perú (MINSA) y la Dirección Regional de Lima, del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), en el que se mencionan los episodios depresivos y los trastornos de ansiedad generalizada como los problemas de salud mental más comunes entre las personas recluidas en las cárceles, sumados a los trastornos depresivos recurrentes (9,2 %), trastornos psicóticos (4,7 %), fobia social (4,3 %) y trastornos de pánico (3,4 %) (23). Así también Binswanger, Booth & Elmore (2010) (77), plantearon que los trastornos psicológicos/ psiquiátricos más frecuentes en la población penitenciaria suicida son el abuso de sustancias (sobre todo en la población masculina), los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Por otro lado, Franke, et al (2003) (78), exponen que los trastornos adictivos, en general, son indicadores de vulnerabilidad, y están asociados a otros trastornos y problemas psicológicos. También, en el medio penitenciario, la conducta suicida se ha relacionado con los trastornos de la personalidad, principalmente en los del grupo B, descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), ya que según lo referido por Negredo, Melis & Herrero (2010), (69) el componente compulsivo, de manera específica en el trastorno límite de la personalidad y en el trastorno antisocial de la personalidad, puede llegar a ser una aproximación a la comprensión y explicación de la conducta suicida. Sumado a esto, en el trastorno límite de la personalidad se hallan algunos criterios que están directamente relacionados con la conducta autolesiva, por lo que tienen un uso predictivo y explicativo limitado en este ámbito, tal como lo mencionan Oliffe, O. et al (2010) (79)

Desde la OMS (2000) (80), este panorama estadístico podría encontrar respuesta en las particularidades que hacen al contexto penitenciario y carcelario vulnerable a este tipo de comportamientos: (a) el factor social, que en este caso concreto es un exceso de individualización sumado a una desintegración del grupo social, representado como obstáculo o barrera insalvable, ya que se convive con hombres jóvenes, que tienen algún trastorno mental, con problemas de drogas, es decir, personas que han estado entre los grupos de mayor riesgo de suicidio, y (b) el impacto psicológico de la vida intramural, que puede llegar a exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables, en términos de esperanza y de superación. De manera consistente, el encarcelamiento puede representar una pérdida de libertad, de apoyo social y familiar, miedo a la violencia física o sexual, incertidumbre respecto al futuro, culpabilidad por el delito cometido, estrés derivado de las restrictivas condiciones ambientales y, finalmente, un deterioro físico y emocional (OMS, 2000; Douglas et al 2006). (80, 81)

ANTECEDENTES

En este orden de ideas, develado el panorama que alberga el suicidio y sus componentes, es comprensible que este fenómeno haya merecido la atención de diferentes instituciones, entre las cuales se encuentran las prisiones, más aún cuando se ha calculado que por cada suicidio en la calle se producen 17 dentro de ellas (Centro de Documentación contra la Tortura, 2005).

Al respecto, autores como Snow, Paton, Oram & Teers (2002) (82), informan que las personas privadas de libertad exhiben un mayor riesgo de suicidio que la población general; McKee (1998), afirma que las personas privadas de libertad tienen unas tasas de suicidio entre once y catorce veces mayores que la población general. Esto guarda relación con lo descrito por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, cuando aseveró que el suicidio es una causa única de muerte, y la más frecuente en las instituciones penitenciarias.

Por lo que es pertinente, por la población objeto de este estudio, dar a conocer los planteamientos de Konrad et ál. (2007), (83) quienes han mencionado los métodos de suicidio e intento de suicidio utilizados por los internos, entre los cuales se destacan el ahorcamiento, cuando se encuentran en celdas individuales y en momentos de baja vigilancia, como lo sugiere Magaletta, et

al (2008) (84). Según Nock et ál. (2008) (85), el rango de edad entre 20 a 25 años aparece como el de mayor tendencia al suicidio en prisión. Pero también se señala, con estas premisas, que hay una diferencia entre internos sindicados y condenados, frente a las conductas suicidas. Konrad et ál. (2007) (83), encontraron diferencias respecto a los factores de riesgo en internos condenados y sindicados. En primer lugar están los internos condenados, que por lo general son mayores de 30 a 35 años, y su comportamiento suicida está relacionado con conflictos emocionales (peleas o rupturas sentimentales). Por el contrario, los factores de riesgo de suicidio referentes a los internos sindicados dan a conocer que son adultos jóvenes, con un rango de edad entre 20- 25 años, que cometen suicidio en los momentos iniciales del encarcelamiento, específicamente los tres días cercanos a la audiencia o el juicio donde se anuncia el tiempo de condena.

Por su parte, en Colombia, Ruiz, Gómez, *et al.*, (2002)(15) llevaron a cabo un estudio en cinco prisiones de Bogotá, con una muestra de 416 sujetos, sobre la ideación suicida y su riesgo en prisión y aquellos factores asociados a este fenómeno. En los resultados se evidencia que la media de edad de los internos e internas que participaron fue de 30,11 años. Además, plantean que el tiempo de condena podría convertirse en un factor de riesgo de suicidio, y asimismo cuando hay presencia de antecedentes médicos, como enfermedades físicas y dificultades sexuales, sobre todo en aquellos más jóvenes y los que no logran adaptarse a las normas intramurales. Otro estudio, realizado por Mojica, Sáenz & Rey-Anacona (2009) (26), buscó evaluar la relación entre el riesgo suicida y el grado de desesperanza o el de depresión, y variables sociodemográficas como la edad, el tiempo de condena, el de reclusión y el número de reclusiones, en una muestra de 95 internos, con edades entre 19 y 59 años. Encontraron que la edad, el tiempo de condena y el de reclusión no se relacionan con el riesgo suicida, y que la prevalencia de depresión clínica en la muestra era mayor que la de la población general, por lo que es posible afirmar que el riesgo suicida podría predecirse con un grado moderado o alto en desesperanza o depresión, o puntuaciones altas en dichas variables.

Aunados se hallan factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio, entre los cuales se destacan: el momento de comunicación de la sentencia condenatoria, la espera de decisiones judiciales, el consumo de drogas, el no estar vinculado a una actividad productiva que le permita hacer buen uso del tiempo libre, además de la separación de los seres queridos, la muerte o enfermedad de un familiar, trastornos psiquiátricos y el mismo ingreso a la prisión (86). Cabe destacar que por las características presentes en dicho contexto, los internos pueden llegar a usar el comportamientos y tener ideas suicidas solo para obtener algún control sobre el ambiente, de forma específica, como características propias del suicidio e intento de suicidio en población carcelaria y penitenciaria, existe consistencia en relación con el género, dado que la mayoría de los casos son ejecutados por hombres (87).

Consistente con esta tendencia, Frottier, et al (2009) (88), señalan que una constante importante con respecto a los suicidios consumados, a nivel mundial, en Latinoamérica y, finalmente, en la población carcelaria y penitenciaria, tiene que ver con tasas más elevadas en hombres que en mujeres.

En lo que respecta a estudios realizados en el Perú, sólo se encontraron estudios en mujeres, sobre todo relacionados a la depresión en internas penitenciarias como el realizado por Rivas Rojas, et al., en el 2012 (89), que midió las características sociodemográficas asociadas a la depresión en las internas del Penal Huacariz De Cajamarca, en 22 mujeres cuyos resultados mostraron que el 55% de la población penal femenina tiene depresión mayor, el 27% depresión menor, y Las características asociadas fueron el lugar de procedencia, el distanciamiento de los hijos, la frecuencia de visitas y las relaciones interpersonales escasas o deterioradas al interior del Penal. Otro estudio realizado por Torres-Llosa, et al., en el 2014 (90), titulado Esperanza y Razones para vivir en Internas de Penales Modelo de Lima, en un grupo de 78 mujeres privadas de su libertad en dos penales modelo de Lima Metropolitana, con un rango de edad entre los 18 y 30 años. Utilizando instrumentos validados; dentro de sus resultados están que las mujeres presentan niveles altos de desesperanza, también se encontraron diferencias

significativas según situación jurídica y según su grado de instrucción y tiempo de sentencia.

En el estudio de Mercado Heudebert, et al., en el 2014 (91), titulado Razones para vivir y afrontamiento en Mujeres Privadas de su Libertad, en un grupo de 45 mujeres entre 18 y 30 años de edad internas de un Establecimiento Penitenciario de Lima Metropolitana. Asimismo, se analizan algunas variables sociodemográficas, como la edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de nacimiento y tiempo de residencia en Lima; y jurídicas, como situación jurídica, delito, tiempo de reclusión y sentencia, entre otras, encontrando sólo asociación significativa con las variables como lugar de nacimiento y razones para vivir.

En otro estudio realizado por Coa Mamani, et al., (92) cuyo objetivo fue determinar la diferencia en el nivel de ideación suicida de los internos sentenciados por los delitos de violación de la libertad sexual y sentenciados por homicidio, del Establecimiento Penitenciario Juliaca, 2015. Contó con una muestra de 157 internos sentenciados por violación de la libertad sexual y 70 internos sentenciados por homicidio, cuyos principales resultados fueron que los internos sentenciados por violación de la libertad sexual presentaron mayor porcentaje el nivel bajo (82,1%) seguido del nivel medio (17,9%) al igual que los sentenciados por homicidio muestran mayor porcentaje en el nivel bajo (61,1%) seguido por el nivel medio (33,3%). Y solamente el (5,6%) de los sentenciados por homicidio presentan un nivel alto de ideación suicida.

SUICIDIO E IDEACIÓN SUICIDA SEGÚN EL DSM – 5

Relacionados al tema de la depresión mayor (93), son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio. Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio. Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p.

ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumar el suicidio. Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio. La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la época adulta media y tardía, aunque no así el riesgo de suicidio consumado. La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio. La tendencia al suicidio inducida por drogas o por un tratamiento supone un cambio notable en los pensamientos y la conducta de la persona con respecto a su situación basal, se asocia temporalmente al comienzo del uso de una sustancia. (93)

EL SUICIDIO Y LOS ESTADOS PSICOPÁTICOS SEGÚN EMILE DURKHEIM

Estudio realizado durante **(1858-1917)** acerca del suicidio. Primeramente se tiene que definir al objeto de estudio, que en este caso es el suicidio. Durkheim lo maneja como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima. El interés del suicidio en la es porque este hecho visto como un fenómeno independiente de naturaleza propia se da en todas las sociedades ya sea de manera individual o colectiva.

LOS FACTORES PSICOPATICOS (94)

En este capítulo se plantea si hay factores que puedan influenciar al suicidio como lo son el clima, la temperatura, la raza o la herencia. Al suicidio se le relacionaba con la locura ya que podría ser una enajenación mental. Toma ya de ahí lo que es el significado de monomanía ya que si el suicida fuera un loco solo sería una locura parcial, pero ya varios estudios rechazaban esta hipótesis y se comienza por estudiar su relación con los alienados, por ya tomarse como suicidios vesánicos que podrían ser maniáticos (por alucinaciones), melancólicos (por depresiones fuertes), obsesivos (siente demasiada ansiedad acerca de la muerte) e impulsivos o automáticos (surge la idea de repente y poco a poco le gana a la voluntad), pero, de igual manera, se descarta que provengan de la locura porque había suicidios que estaban preparados de cierta manera. (94)

El Suicidio y los Estados Psicológicos normales (Raza - Herencia): La raza es un agregado de individuos que presentan rasgos comunes que son transmitidos por la herencia pero que no debe confundirse con la nacionalidad. La herencia se toma como todo lo que se transmite de generación en generación. Durkheim se da cuenta que las razas y las herencias van entrelazadas para darles una definición. Morselli hace una división de tres razas (eslavos, celtarromanos y germanos) y Durkheim se basa en esto para dar una aptitud hacia el suicidio pero se da cuenta, que por ejemplo, los alemanes pierden la tendencia al suicidio cuando parten fuera de su país pero esto no es lo que hace que descarte la hipótesis de la raza como factor del suicidio sino más bien el hecho de que no tenía las pruebas suficientes además de que se necesita de tener una esencia hereditaria. También menciona que cuando hay crisis económicas, la tasa del suicidio se incrementa dada la magnitud de la misma crisis pero si estas llegan a disminuir, lo mismo no pasa con la cifra de suicidios ya que hay perturbaciones del orden colectivo. (94)

El estado de anomía se presenta ya que no hay una disciplina clara o más fuerte de la que hay o es necesaria. La pobreza también tiene un papel importante por ser una manera de que no haya suicidio ya que al no tener

tanto no se necesita más de lo necesario; cosa contraria pasa si hay riqueza. La consagración del materialismo se da ya que la religión perdió la fuerza que tenía como consuelo para pobres y ricos. En las sociedades modernas la anomía en sí significa entonces que la desorganización por estos elementos da pauta para el suicidio por el sufrimiento que conlleva. Con respecto a las Formas Individuales de los diferentes Tipos de Suicidio, el suicida deja una huella personal en la cual se pueden ver su temperamento y condiciones especiales que no pueden explicarse por las causas sociales pero que a su vez, con su marca colectiva que se pretende averiguar. La languidez melancólica en su estado da pauta a un tipo de suicidio donde el individuo se encierra en sí mismo y todo lo que lo rodea no le importa. No hay un final violento ni precipitado como fuese el suicidio egoísta pero sin el contenido del desarrollo de la ciencia y la reflexión. Otro tipo de suicidio llamado epicúreo se basa en que el individuo solamente quiere satisfacer sus necesidades y si esto se le impide, su existencia pierde sentido pero se matan con más facilidad ya que la melancolía es suplantada por “sangre fría”. El suicidio altruista tiene bajo su espacio lo que es el suicidio obligatorio ya que el individuo obedece a su conciencia que le ordena acabar con su vida. El egoísmo y la anomia son dos factores del suicidio que tienen una afinidad especial; aún siendo dos aspectos diferentes se pueden presentar en un mismo individuo. También la anomia puede relacionarse con el altruismo ya que una crisis puede trastornar la existencia de un individuo rompiendo el equilibrio que tiene con su medio pero a la vez poner sus disposiciones altruistas que estén dispuestas e incitadas al suicidio dan como resultado el suicidio de obsesión. Otro tipo de suicidio que Durkheim trata es el estoico que tiene relación con el egoísmo pero se le ve por otro punto de vista diferente. Se le da una completa libertad a la personalidad individual pero con la razón universal tiene una estrecha dependencia y terminar siendo solo un instrumento, aunque puede terminar siendo apático como el egoísta o del deber como altruista. Las causas sociales de las que depende el suicidio son diferentes a las maneras en que se ejecuta, así que no hay una relación como tal. Escoger la manera de morir es diferente al simple hecho de querer morir. (94)

INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA (ISO – 30)

Descripción: (95)

Fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada para ser empleada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina (Casullo, 1997). Este instrumento evalúa la orientación suicida del examinado y, en virtud de su brevedad y sensibilidad se vuelve una herramienta útil para el despistaje o screening de la presencia de riesgo suicida. Desde el punto de vista formal, se trata de un instrumento autoadministrable, compuesto por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala likert de cuatro posiciones (0: Totalmente en desacuerdo. 1: En parte en desacuerdo. 2: En parte de acuerdo y 3: (Totalmente de acuerdo). Arroja una puntuación total que permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo suicida: bajo, moderado y alto. Además, seis de los reactivos se consideran críticos (numerados como 5, 10, 15, 20, 25 y 30): ello significa que, independientemente de la puntuación obtenida, la presencia de tres o más de estos elementos respondidos con 2 ó 3, puede implicar la existencia de riesgo elevado, el riesgo suicida contempla cinco dimensiones: desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), baja autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26), incapacidad para afrontar emociones (3, 8, 13, 18, 23 y 28), soledad y abatimiento (4, 9, 14, 19, 24 y 29) e ideación suicida (5, 10, 15, 20, 25 y 30), que corresponde a los mencionados ítems críticos.

- **VARIABLES:**

- **IDEACIÓN SUICIDA**

Se evalúa a través de cinco dimensiones: Baja autoestima, desesperanza, afrontamiento, aislamiento e ideación suicida propiamente dicha. Las cuáles de-acuerdo al puntaje obtenido serán clasificadas como índice o riesgo alto, medio y bajo.

- **FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA:**

- ***DIMENSIONES:**

-SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad (en años)
- Ocupación dentro del penal: desocupado, solo estudiante, estudiante y trabajador, solo trabajador
- Nivel de instrucción, clasificado como: No escolarizado, Nivel primario, Nivel secundario, Nivel superior técnico y Nivel superior universitario
- Estado civil: Casado, divorciado, soltero, conviviente y viudo.
- Tener hijos o no

-DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y FAMILIAR:

- Historia de violencia intrafamiliar: Sí o No.
- Familiares con los que vivía en casa: sólo papá, sólo mamá, papá y mamá (juntos), otros parientes, hermanos, vivía sólo.
- Mi tiempo libre era dedicado a acudir a un centro laboral o académico, antes de la reclusión actual: Sí o No.
- Consumo de drogas ilegales previo al ingreso en el centro penitenciario (por ejemplo: marihuana, pasta básica de cocaína, otros): Sí o No. Especifique.
- Creencia religiosa clasificada como: Católico, cristiano, ninguna, otras.
- Preferencia sexual (sentir atracción física por): Sólo por los hombres, sólo por las mujeres o por ambos.
- Haber recibido algún tratamiento con psicofármacos; por alguna enfermedad mental diagnosticada. Previo al ingreso al centro penitenciario. Sí o No
- Antecedentes familiares de suicidio: Sí o No. Especifique.
- Intentos de suicidio previos: Sí o No.

- Padecer o haber padecido de alguna enfermedad: Sí o No.
Especifique

-DE LA PROPIA RECLUSIÓN

- Tipo de delito: Actos contra el pudor, robo o hurto agravado, tráfico ilícito de drogas, violación sexual en menores o mayores de edad, homicidio calificado, simple o asesinato, tenencia ilegal de armas, actos contra el pudor en menores de 14 años, asociación ilícita para delinquir, secuestro, micro-comercialización o micro-producción de drogas, incumplimiento de la obligación alimentaria, promoción o favorecimiento al tráfico ilícito de drogas, otros (especifique).
- Condición jurídica: Condenado o procesado
- Tiempo de reclusión hasta el momento (en años) clasificado en los rangos: 0-1 año, >1 año hasta 5 años, >5años hasta 10 años, >10 años hasta los 15 años, > 15 años.
- Tiempo total de condena (años) clasificado en los rangos: Hasta 5 años, >5 años hasta 10 años, > 10 hasta los 15 años. > 15 años.
- Historia de reclusiones penitenciarias previas: Sí o No.
- Durante la estadía en prisión haber tenido episodios de autolesiones (daños hacia su persona: uso de material punzo-cortante, quemaduras auto-provocadas, consumo de fármacos, alcohol con la intención de suicidarse, otros. :Sí o No
- Consumo de fármacos (pastillas) para la depresión, ansiedad, para conciliar el sueño actualmente (por ejemplo: diazepam, clonazepan, alprazolam, etc): Sí o No

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Sub-dimensiones	Calificación	Escala de medición	Tipo de variable	Instrumento de medición
IDEACIÓN SUICIDA	Son aquellos distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido en la vida, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Goldney, 1989).	La ideación suicida está compuesta por cinco dimensiones : baja autoestima, desesperanza, afrontamiento, aislamiento e ideación suicida propiamente dicha; cada una de ellas es evaluada por medio de seis preguntas, cada una de estas es calificada con una escala de Likert, de las cuales se obtiene un puntaje total. El cual nos ayudará a clasificar la ideación suicida	BAJA AUTOESTIMA	<p>1. Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan</p> <p>2. Mientras creía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.</p> <p>3. Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.</p> <p>4. Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.</p> <p>5. Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.</p> <p>6. Nadie me amaría si realmente me conociese bien.</p>	Se cuantifican a través de la siguiente escala de medición (tipo Likert)	Ordinal	Cualitativa	<p>“ÍNDICE DE ORIENTACIÓN SUICIDA – 30” (ISO – 30)</p> <p>Se expresará en niveles de acuerdo al puntaje obtenido. De esta manera se clasifica al sujeto en tres categorías:</p> <p>0-29 puntos (riesgo suicida bajo)</p> <p>30-44 puntos (riesgo suicida moderado)</p> <p>45-90 puntos (riesgo suicida alto)</p> <p><u>Además:</u></p>
			DESESPERANZA	<p>1. Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.</p> <p>2. Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.</p> <p>3. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.</p> <p>4. Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.</p> <p>5. Siento que tengo control sobre mi vida.</p> <p>6. Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.</p>	<p>0: Totalmente en desacuerdo.</p> <p>1: En parte en desacuerdo.</p> <p>2: En parte de acuerdo.</p> <p>3: Totalmente de acuerdo</p>			
			AFRONTAMIENTO	<p>1. Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.</p> <p>2. Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.</p>				

como alto, mediano y bajo riesgo			3. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos 4. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. 5. Domina mi carácter y no puedo pararlo. 6. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).	<p>1. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.</p> <p>2. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.</p> <p>3. Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.</p> <p>4. Siento como que no pertenezco a ningún lado.</p> <p>5. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.</p> <p>6. Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.</p>			Presencia de tres o más de los enunciados de la dimensión: IDEACIÓN SUICIDA PROPIAMENTE DICHA respondidos con 2 ó 3 puntos significaría (riesgo suicida alto)
			<p> AISLAMIENTO</p> <p>1. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.</p> <p>2. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.</p> <p>3. Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.</p> <p>4. Siento como que no pertenezco a ningún lado.</p> <p>5. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.</p> <p>6. Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.</p>	<p>Estas seis preguntas se consideran críticas, ello significa que, independientemente de la puntuación global obtenida, la presencia de tres o más de estos enunciados respondidos con 2 ó 3 ptos, puede implicar la existencia de riesgo elevado.</p>		Cualitativa	
			<p> IDEACIÓN SUICIDA PROPIAMENTE DICHA</p> <p>1. Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.</p> <p>2. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.</p> <p>3. Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.</p> <p>4. Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.</p> <p>5. Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.</p> <p>6. Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.</p>			Cualitativa	

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA	Son aquellas variables asociadas que refuerzan de manera positiva o negativa la ideación suicida en los internos del centro penitenciario	Evaluados a través 3 cuestionarios que evalúan las siguientes dimensiones sociodemográficas, socioculturales, familiares y de la propia reclusión a través de	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	En años	razón	Cuantitativa	"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS"
				Ocupación dentro del establecimiento penitenciario	desocupado, solo estudiante, trabajador, solo trabajador	Nominal politómica	Cualitativa	
				Nivel de instrucción	Clasificado como No escolarizado, Nivel primario, Nivel secundario, Nivel superior técnico y Nivel superior universitario	Nominal politómica	Cualitativa	
				Estado civil	Casado, divorciado, soltero, conviviente y viudo.	Nominal politómica	cualitativa	
				Tener hijos	Sí o No	Nominal dicotómica	cualitativa	
				Historia de violencia intrafamiliar	Sí o No	Nominal dicotómica	Cualitativa	
				Familiares con los que vivía en casa	Sólo papá, sólo mamá, papá y mamá (juntos), otros parientes, hermanos, vivía sólo.	Nominal politómica	Cualitativa	
			ASPECTOS SOCIO-CULTURALES Y FAMILIARES					

				Historia de reclusiones penitenciarias previas	Sí o No.	Nominal dicotómica	Cualitativa	
				Durante la estadía en prisión haber tenido episodios de autolesiones (daños hacia su persona: uso de material punzo-cortante, quemaduras auto-provocadas, consumo de fármacos, alcohol con la intención de suicidarse, otros.	Sí o No, especifique	Nominal dicotómica	Cualitativa	
				Consumo de fármacos (pastillas) para la depresión, ansiedad, para conciliar el sueño actualmente (por ejemplo: diazepam, clonazepam, alprazolam, etc)	Sí o No	Nominal dicotómica	Cualitativa	

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

- **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio descriptivo transversal

- **POBLACIÓN**

Internos masculinos del Establecimiento Penitenciario Miguel Castro Castro, con sede en San Juan de Lurigancho. Constituido por 12 pabellones, cada uno ocupado por aproximadamente 150 a 250 internos penitenciarios. Aproximadamente 4500 internos en total.

- **MUESTRA**

Muestra no probabilística por conveniencia.

Participaron del estudio aquellos internos masculinos que cumplieron con los criterios de inclusión, del Establecimiento penitenciario Miguel Castro Castro del distrito de San Juan de Lurigancho, pertenecientes al pabellón N°6 donde se encuentran reclusos por diversos delitos, dicho pabellón está diseñado para albergar 150 internos, para la realización del presente estudio, se contó con aquellos internos que participaron de los talleres psico-terapéuticos a cargo del servicio de psicología y asistencia social y que aceptaron voluntariamente llenar el test y la ficha de recolección de datos al finalizar la clase. La fase de aplicación de los instrumentos se realizó en base a los casos disponibles en el periodo comprendido durante el mes de enero – febrero del 2017.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Internos varones mayores de edad del establecimiento penitenciario Miguel Castro Castro, que asisten a los talleres de psicoterapia organizado por el Servicio de Psicología y Asistencia social, que al finalizar la clase aceptasen de manera voluntaria participar en el estudio

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Internos que no sepan leer, ni escribir

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Todos los internos que asistieron a los talleres de Psicoterapia a cargo del Servicio de Psicología y Asistencia Social del Centro Penitenciario Castro – Castro durante el mes de Enero – Febrero del 2017, desarrollaron de manera voluntaria el Inventario de Orientación Suicida (ISO – 30) y 1 ficha de recolección de datos sobre aspectos Sociodemográficos, socioculturales - familiares y de la propia Reclusión.

INVENTARIO O ÍNDICE DE ORIENTACIÓN SUICIDA – 30

Compuesto por 30 enunciados que valoran el riesgo suicida global, el cual contempla cinco dimensiones: desesperanza (enunciados 2°, 7°, 12°, 17°, 22° y 27°), baja autoestima (1°, 6°, 11°, 16°, 21°, 26°), incapacidad para afrontar emociones (3°, 8°, 13°, 18°, 23° y 28°), soledad y abatimiento (4°, 9°, 14°, 19°, 24° y 29°) e ideación suicida propiamente dicha (5°, 10°, 15°, 20°, 25° y 30°), formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala Likert de cuatro posiciones (0: Totalmente en desacuerdo. 1: En parte en desacuerdo. 2: En parte de acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo). Arroja una puntuación total que permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo suicida: 0-29 puntos (**riesgo suicida bajo**), 30-44 puntos (**riesgo suicida moderado**), 45-90 puntos (**riesgo suicida alto**). Además, seis de los **enunciados se consideran críticos** (que corresponden a la sub-escala de ideación suicida propiamente: 5°, 10°, 15°, 20°, 25° y 30°): ello significa que, independientemente de la puntuación global obtenida, la presencia de tres o más de estas preguntas respondidas con 2 ó 3 puntos, puede implicar la existencia de riesgo suicida elevado. A este instrumento en su validación original, se le realizó dos tipos de pruebas de confiabilidad en estudios similares. En la evaluación de su consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92 y 0,90 en dos estudios diferentes, además ha demostrado ser confiable para identificar el nivel de riesgo de orientación suicida para esta población (96, 97). En otro trabajo a través de los estudios de consistencia interna verificaron un Alpha de .90 en 768

estudiantes de 12 a 18 años y .78 para los ítemes críticos mencionados líneas arriba. (98)

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LOS FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA:

Se elaboró un instrumento estructurado para ser autoadministrado, constituido por 22 preguntas cerradas dicotómica y politómicas, para obtener información sobre tres aspectos

Aspectos sociodemográficos (Edad en años, ocupación dentro del penal, nivel de instrucción, estrato socioeconómico, estado civil, Tener hijos o no).

Aspectos socioculturales y/o familiares (Historia de violencia intrafamiliar, contar con redes de apoyo dentro del centro penitenciario, consumo de drogas previo al ingreso en el centro penitenciario, creencia religiosa, preferencia sexual por los hombres y/o por las mujeres, tratamientos anteriores con psicofármacos; por alguna enfermedad mental diagnosticada previo a su ingreso al centro penitenciario, antecedentes familiares de suicidio, intentos de suicidio previos.

Y finalmente el **aspecto de la propia Reclusión** (Tipo de delito, definición de condena: Condenado o Sindicado, tiempo de reclusión (meses), tiempo total de condena (años), historia de reclusiones penitenciarias previas), Durante la estadía en prisión haber tenido episodios de autolesiones (daños hacia su persona: uso de material punzo-cortante, quemaduras auto-provocadas, consumo de fármacos, alcohol con la intención de suicidarse, otros, Consumo de fármacos (pastillas) para la depresión, ansiedad, para conciliar el sueño actualmente (por ejemplo: diazepam, clonazepam, alprazolam, etc)

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO (Ficha de recolección de datos)

Para la confiabilidad del cuestionario y lista de cotejo, se utilizó la prueba de coeficiente “Alfa de Cronbach”, obteniendo como resultado de 0.807, lo cual indicó que dicho instrumento son confiables. Calculado en el Programa SPSS 22. La confiabilidad se determinara a través del coeficiente Alfa de Cronbach

Se realizó la prueba de confiabilidad con 15 internos penitenciarios, que fueron seleccionados aleatoriamente. Este valor representa el 25 % de la

muestra total. Por lo tanto el instrumento utilizado en la investigación tiene alta consistencia interna y fiabilidad; es decir, que existe buena correlación entre los ítems utilizados en el instrumento.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Después de establecer las coordinaciones necesarias con las autoridades del Servicio de Psicología y Asistencia social del Centro Penitenciario Castro - Castro para la realización del presente estudio. Se asistió dos veces por semana durante horas de la mañana (8am – 12m), horario en el cual se dictan talleres de psicoterapias todas las semanas, al finalizar estas clases, se le explicó al grupo de internos asistentes, la importancia del estudio de investigación, recalcándoles además que será voluntaria, anónima y confidencial, y cuya información obtenida se usará exclusivamente con fines educativos y de investigación, por lo que se le entregó los instrumentos a aquellos que aceptaron participar del estudio previa firma de un consentimiento informado, Luego se repartió la cantidad de fichas de recolección de datos que se requirieron, las cuales fueron recogidas el mismo día.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos fueron recolectados luego de la aplicación de los instrumentos, fueron ordenados y procesados usando el software IBM SPSS Statistics v. 22.0. y el programa Excel 2013.

Para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central, dispersión y de posición, para las variables cualitativas se analizó por frecuencias y porcentajes. Se usó gráficos de barras y de áreas. Con el paquete estadístico SPSS v.22.0, se realizó primero un análisis descriptivo y luego inferencial bivariado usando ji cuadrado con un nivel de significancia estadística de 5% y como fuerza de asociación el Odds ratio (OR) con

intervalos de confianza de 95%. Finalmente se realizó el análisis multivariado con regresión logística.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El consentimiento previo para la realización del estudio fue otorgado por las autoridades del servicio de psicología y asistencia social de dicha institución. Los internos penitenciarios fueron informados de los objetivos del estudio enfatizándoles que su participación sería voluntaria y anónima. Los datos se manejaron confidencialmente exclusivamente por el investigador. Asimismo se aplicó el consentimiento informado, el cual fue firmado de manera voluntaria sin ninguna coacción de por medio, tomando en cuenta los artículos 42° y 46° del Código de Ética y Deontología del CMP y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, actualizada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

CAPÍTULO III

RESULTADO

Del total de internos participantes (100%) (N=60), se observó que el 66.67% (n=37) obtuvo un nivel alto de ideación suicida, mientras que el 25% (n=15) obtuvo un nivel moderado y sólo el 8.33% (n=8) obtuvo un nivel bajo de ideación suicida. (**Figura N°1**)

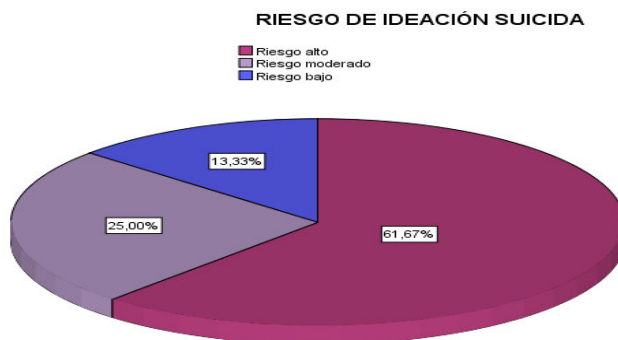


Figura N°1: Distribución de los internos del centro penitenciario según el nivel de riesgo de ideación suicida.

La población de internos del centro penitenciario (N°=60) cuenta con una edad promedio de 34.7 años con una desviación estándar de +/- 9.28 años, siendo la edad más frecuente 30 años. (n°=15)

Tabla N°1: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Nivel de Instrucción"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel primario incompleto	7	11,7	11,7	11,7
Nivel primario completo	4	6,7	6,7	18,3
Nivel secundario incompleto	29	48,3	48,3	66,7
Nivel secundario completo	14	23,3	23,3	90,0
Nivel técnico superior	5	8,3	8,3	98,3
Nivel universitario superior	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Asimismo se observó que el 48.3% (n=43) contaba con un nivel de instrucción de secundaria incompleta, el 18.4% (n=11) había cursado sólo hasta nivel primario, el 23.3% (n=14) había completado el nivel secundario, y sólo el 10%

(n=6) del total, contaba con estudios superiores (8.33% nivel técnico y 1.67% nivel universitario) (**Tabla N°1**)

Además el 51.67% (n=31) del total, son solteros, el 43.33% (n=26) estado civil conviviente, y sólo el 5% (n=3) está casado. (**Figura N°2**)

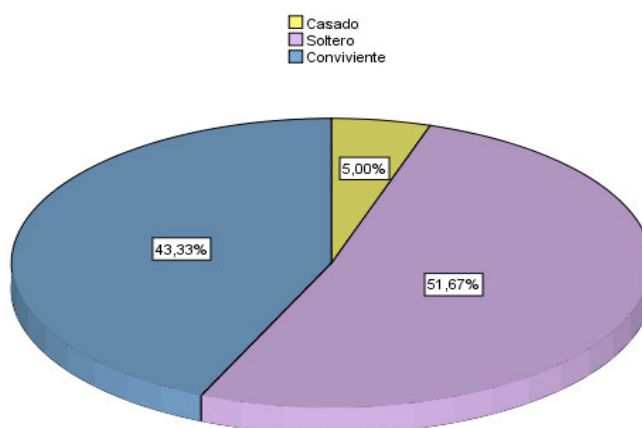


Figura N°2: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Estado Civil"

Tabla N°2: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Familiares con los que vivía en casa"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sólo papá	6	10.0	10.0	10.0
Sólo mamá	14	23.3	23.3	33.3
Papá y mamá (juntos)	20	33.3	33.3	66.7
Otros parientes	11	18.3	18.3	85.0
Yo sólo	9	15.0	15.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Se observó también que el 33.3% (n=20) del total de internos participantes en el estudio, afirmaron haber vivido con ambos padres juntos, hasta antes de ingresar al centro penitenciario, seguido por el 23.3% (n=14) quienes manifestar haber vivido "sólo con mamá". (**Tabla N°2**)

(Figura N°3) El 76.67% (n=46) respondió que realizaban alguna actividad ya sea laboral y/o académico antes de ser recluso, mientras que tan sólo el 23,33% (n=14) lo negó.

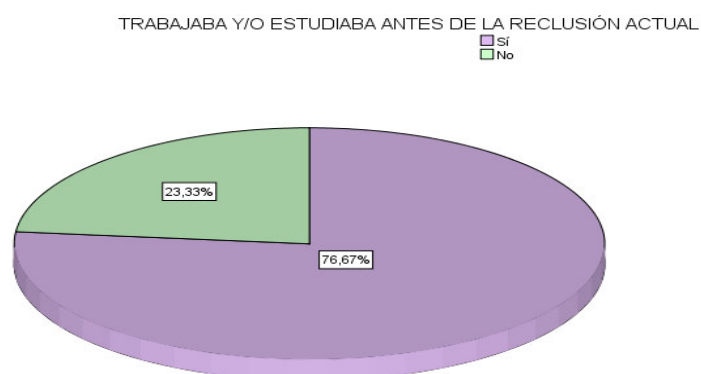


Figura N°3: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo a si "Trabajaban y/o estudiaban antes de ser reclusos"

En la **Tabla N°3**, se observa la distribución con respecto a la creencia religiosa, en la que el 83% (n=50) de los participantes afirmó tener como creencia religiosa ser católico o cristiano, mientras que el 8% (n=10) negó tener alguna.

Tabla N°3: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Creencia religiosa"

CREENCIA RELIGIOSA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Católico	21	35,0	35,0	35,0
Cristiano	29	48,3	48,3	83,3
Ninguna	8	13,3	13,3	96,7
Otras	2	3,3	3,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Figura N°4** se observó que el 96,67% (n=58) sentía atracción por el sexo opuesto, y sólo un 3,33% (n=2) afirmó que lo presentaba por ambos sexos.

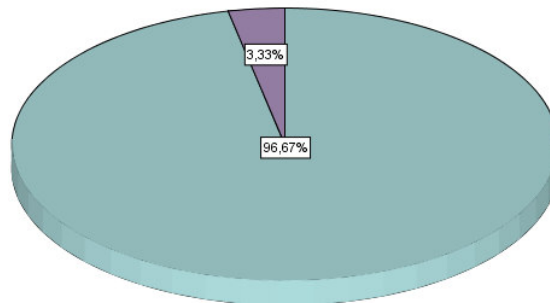


Figura N°4: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo su "Identidad sexual"

Dentro hallando que tan sólo el 30% (n=18) "afirmó estar en tratamiento por diagnóstico psiquiátrico previo", mientras que en su mayoría; el 70% (n=42) negó dicho antecedente. **(Figura N°5)**

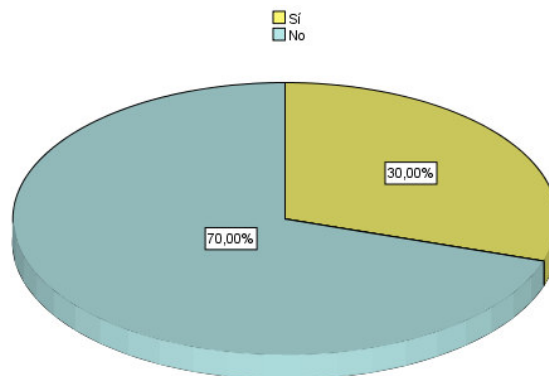


Figura N°5: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo "Con tratamiento por diagnóstico psiquiátrico previo"

La enfermedad más frecuente fue la Tuberculosis (TBC) con un 35% (n=21), sin embargo la mayoría de los participantes 38,33% (n=23) en el estudio manifestó no padecer ninguna enfermedad médica diagnosticada. Dentro de "otras enfermedades" la más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo II. **(Figura N°6)**

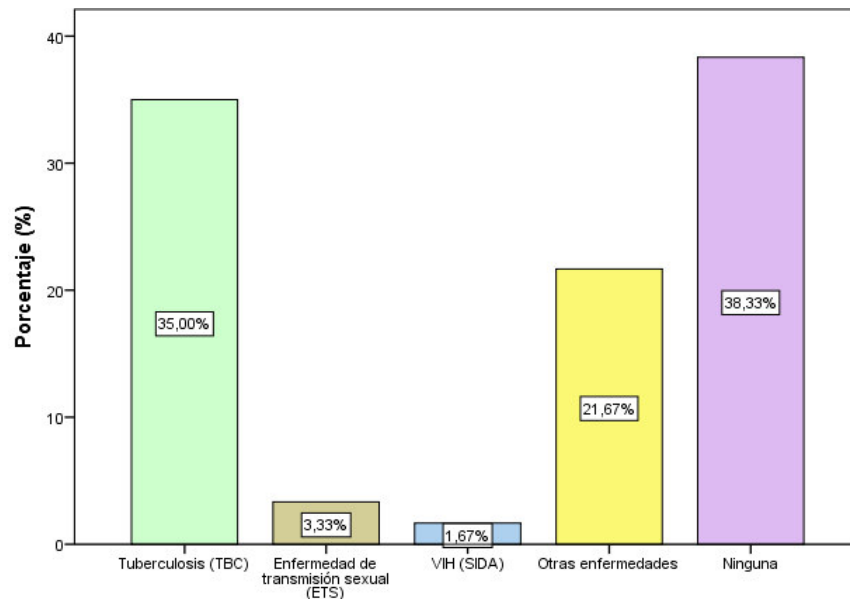


Figura N°6: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo “Padecer alguna enfermedad con diagnóstico médico”

El delito más frecuente (motivo de reclusión) fue el de Robo o Hurto agravado con un 56.67% (n=34), seguido del de violación sexual a menores o mayores de edad con un 16,67% (n=10). (**Figura N°7**)

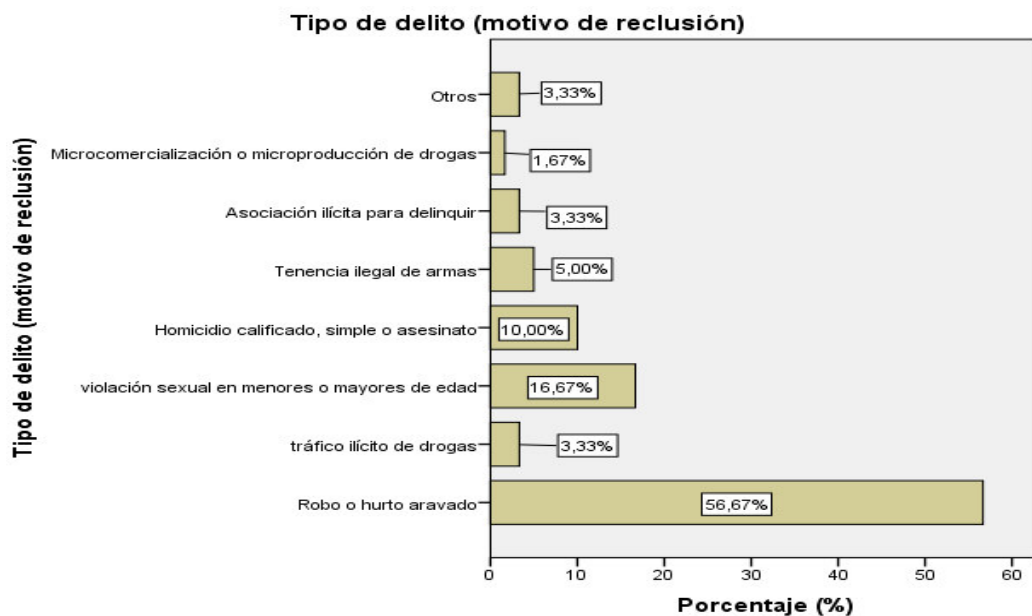


Figura N°7: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo “Tipo de delito (motivo de la reclusión)”

En la **Figura N°8** se evidencia que el 36,67% (n=22) afirmó que su tiempo de condena es hasta máximo 5 años, mientras que el 25% (n=15) mencionó que su condena oscila entre los 5 hasta los 10 años, y la mayoría cerca del 38,33% (n=23) del total de internos penitenciarios tiene una condena de más de 10 años.

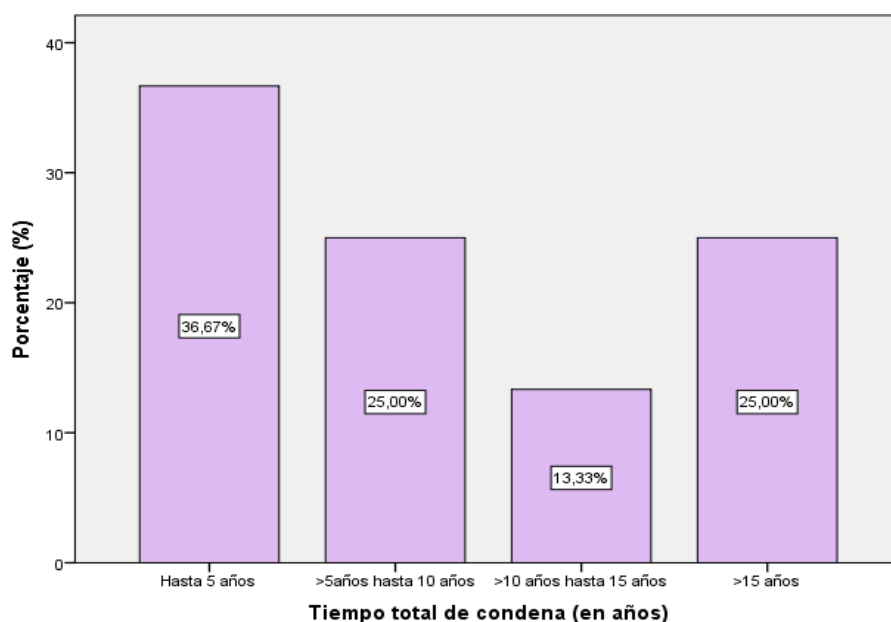


Figura N°8: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo “Tiempo total de condena (en años)”

Tabla N°4: Distribución de los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro de acuerdo “Consumo de benzodiazepinas”

CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	17	28,3	28,3	28,3
No	43	71,7	71,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

El 71,7% (n=43) del total de encuestados manifestó no consumir ningún tipo de benzodiazepina. Y sólo el 28,3% (n=17) afirmó consumir fármacos para “conciliar el sueño, para episodios de depresión y/o de ansiedad”, (por ejemplo: diazepam, clonazepam, alprazolam) (**Tabla N°4**)

Los factores que se mencionan a continuación son aquellos en los cuales se encontró significancia estadística con el riesgo de ideación suicida, todo a través del **análisis bivariado**.

Primero: Se realizó el análisis bivariado entre el nivel de **ideación suicida** y el factor sociodemográfico de “**Ocupación**” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado. (**Tabla N°5**)

Tabla N°5: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “ocupación” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

FACTOR ASOCIADO		NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA			TOTAL
		Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo	
TRABAJO Y/O ESTUDIA	Recuento	14	7	7	28
	%	23.3%	11,7%	11,7%	46,7%
DESOCUPADO	Recuento	23	8	1	32
	%	38.3%	13,3%	1.7%	53,3%
Total	Recuento	37	15	8	60
	%	61.70%	25.0%	13,3%	100,0%

Fuente: Base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°6: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS v.22)

PRUEBA DE CHI-CUADRADO			
	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,518	2	,038
Razón de verosimilitud	7,073	2	,029
Asociación lineal por lineal	5,443	1	,020
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: Base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor sociodemográfico de “Ocupación” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (**Tabla N°6**)

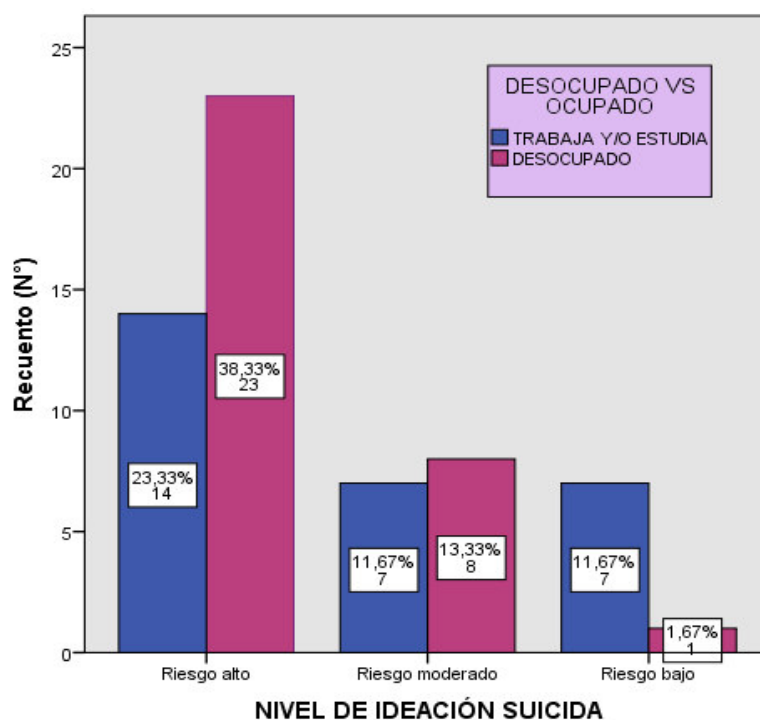


Figura N°9: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociodemográfico de “Ocupación” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 38.33% (n=23) manifestó estar desocupado comparado con un 23.33% (n=14) de ese mismo grupo quienes trabajan y/o estudian, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un nivel moderado de ideación suicida con un 13.33% (n=8) del total versus un 11.67% (n=7) quienes realizan alguna actividad, sin embargo en el grupo de bajo riesgo se halló que el 11.67% (n=7) trabajo y/o estudia comparado con un 1.67% (n=1) quienes están desocupados. Por lo descrito se evidencia según la tabla de contingencia y la figura mostrada, que el “No realizar ninguna actividad (estar desocupado)” dentro del Centro Penitenciario podría estar asociado a presentar un alto y moderado nivel de ideación suicida. (**Figura N°9, Tabla N°5**)

Luego, se realizó el análisis bivariado entre el “alto y moderado nivel de ideación suicida” (en un solo grupo) y el factor “desocupado” (**Tabla N°7**), mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respectivo; detallado a continuación.

Tabla N°7: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “estar desocupado” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO		NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA		TOTAL
		ALTO Y MODERADO RIESGO	BAJO RIESGO	
DESOCUPADO	Recuento	31	1	32
	% del total	51,7%	1.7%	53,3%
TRABAJA Y/O ESTUDIA	Recuento	21	7	28
	% del total	35,0%	11.7%	46.7%
TOTAL	Recuento	52	8	60
	% del total	86,7%	13.3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°8: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6,184 ^a	1	,013		
Prueba exacta de Fisher				,020	,016

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 9: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds Ratio (OR) para DESOCUPADO VS OCUPADO (TRABAJO Y/O ESTUDIA)	10,333	1,183	90,256
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 9** se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para esta variable no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado nivel de ideación suicida” se encuentra asociado al factor sociodemográfico de “estar desocupado”, con un nivel de significancia de 0,05.

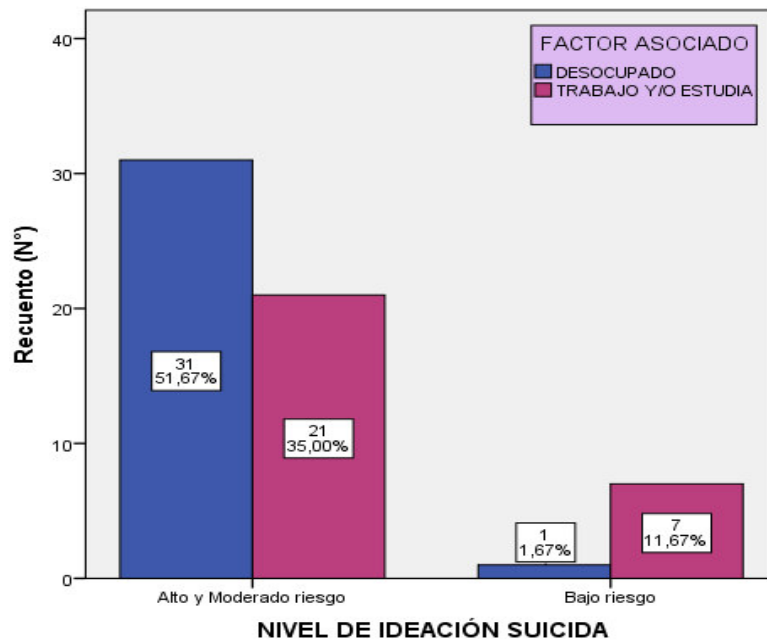


Figura N°10: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Estar Desocupado”

Según la **Figura N°10**, el 51.67% (n=31) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron estar desocupados, mientras que en el grupo de bajo riesgo, el 11.67% del total (n=7) afirmó desempeñar alguna actividad dentro del establecimiento (trabajar y/o estudiar).

Finalmente se interpreta que “Los internos del centro penitenciario que afirmaron estar desocupados tienen 10,3 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida, con respecto a los internos penitenciarios que afirmaron trabajar y/o estudiar”. Con un Intervalo de Confianza de (1,18 -90,25).

También se realizó el análisis bivariado entre el **nivel de ideación suicida** y el factor sociodemográfico de “**Tener hijos o no**” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado. (**Tabla N°10**)

Tabla N°10: Tabla de contingencia entre el “nivel de ideación suicida” y el factor asociado de “Tener hijos o no” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

FACTOR ASOCIADO			NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA			TOTAL
			RIESGO	RIESGO	RIESGO	
			ALTO	MODERADO	BAJO	
TENER HIJOS	NO	Recuento	10	2	6	18
		% del total	16,7%	3,3%	10,0%	30,0%
	SÍ	Recuento	27	13	2	42
		% del total	45,0%	21,7%	3,3%	70,0%
TOTAL		Recuento	37	15	8	60
		% del total	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°11: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS V.22)

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,854 ^a	2	,007
Razón de verosimilitud	9,345	2	,009
Asociación lineal por lineal	3,338	1	,068
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia estadística para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor sociodemográfico de “Tener hijos o no” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (**Tabla N°11**)

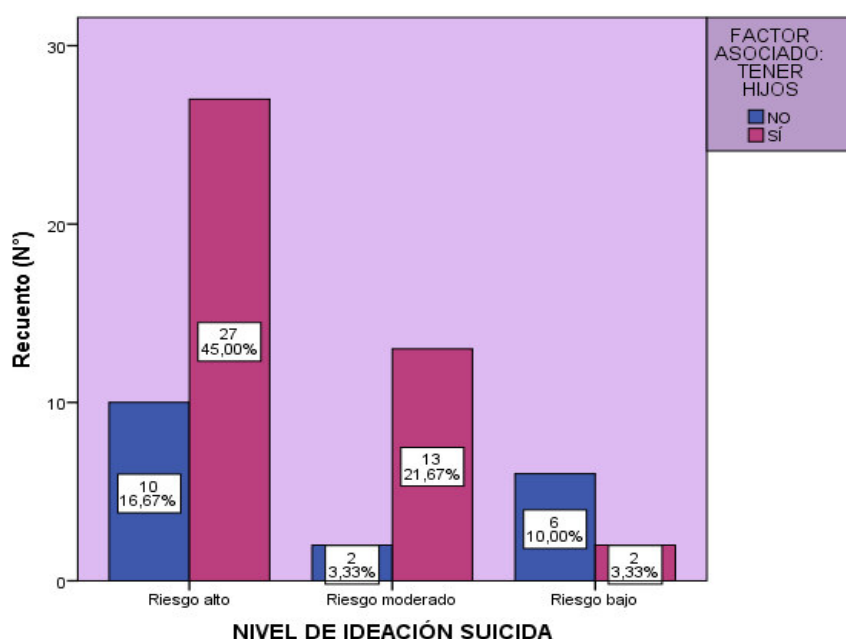


Figura N°11: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociodemográfico de “Tener hijos o No” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 45% (n=27) manifestó tener hijos comparado con un 16.67% (n=10) de ese mismo grupo quienes negaron tenerlos, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un nivel moderado de ideación suicida con un 21.67% (n=13) del total versus un 3.33% (n=2) quienes negaron tener hijos, sin embargo en el grupo de bajo riesgo se halló que el 10% (n=6) no tienen hijos comparado con un 3.33% (n=2) quienes sí los tienen. Por lo descrito según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, se evidencia que el tener hijos podría estar asociado a un alto y moderado riesgo de ideación suicida. (**Tabla N° 10, Figura N°11**). Por lo que se realizó el análisis bivariado entre el “alto y moderado nivel de ideación suicida” (en un solo grupo) y el factor “tener hijos”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respetivo; detallada a continuación. (**Tabla N°12**).

Tabla N°12: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Sí Tener Hijos” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO			NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA		TOTAL
			ALTO Y MODERADO	BAJO	
			RIESGO	RIESGO	
TENER HIJOS	si	Recuento	40	2	42
		% del total	66,7%	3,3%	70,0%
	no	Recuento	12	6	18
		% del total	20,0%	10,0%	30,0%
Total		Recuento	52	8	60
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 13: Calculo del Chi cuadrado y el nivel de significancia según el Programa SPSS v. 22.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	8,901 ^a	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,007	,007
Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.					
Fuente: base de datos del presente estudio. 2017					

Tabla N° 14: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS v.22.

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds Ratio (OR) PARA TENER HIJOS VS NO TENERLOS	10	1,781	56,150
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 9**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para esta variable no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado nivel de ideación suicida se encuentra asociado al factor sociodemográfico de “Tener Hijos”, con un nivel de significancia de 0,05.

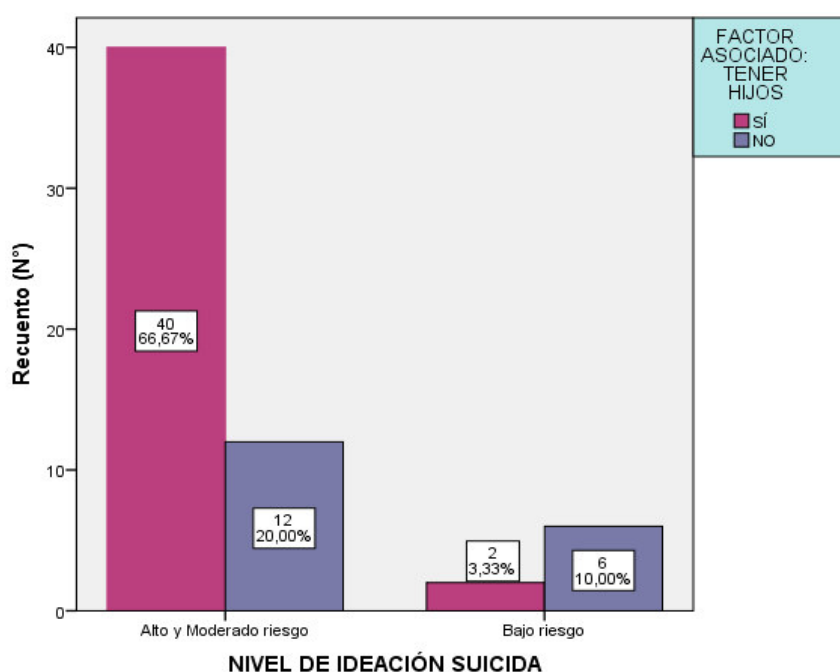


Figura N°12: “Alto y moderado” nivel de Ideación Suicida y el factor de “Sí tener hijos”

Según la figura mostrada presentado, el 66.67% (n=40) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron Tener hijos, mientras que en el grupo de bajo riesgo, en su mayoría, el 10% (n=6) negó tenerlos. **(Figura N°12)**

Finalmente se interpreta que: “Los internos del centro penitenciario que afirmaron tener hijos tienen 10 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida, con respecto a los internos penitenciarios que negaron tenerlos”. Con un Intervalo de Confianza de (1,78 -56,15).

En la **Tabla N°15**, Continuando con **el análisis bivariado** entre el “**nivel de ideación suicida**” y el factor del aspecto familiar sobre “**Historia de Violencia Intrafamiliar**” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°15: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el Factor del aspecto familiar asociado sobre “Historia de violencia intrafamiliar” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

FACTOR ASOCIADO			NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA			TOTAL
			RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	
HISTORIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Sí	Recuento	25	11	2	38
		% del total	41,7%	18,3%	3,3%	63,3%
	No	Recuento	12	4	6	22
		% del total	20,0%	6,7%	10,0%	36,7%
Total		Recuento	37	15	8	60
		% del total	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°16: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS v.22)

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,994 ^a	2	,039
Razón de verosimilitud	5,838	2	,044
Asociación lineal por lineal	2,934	1	,049
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia estadística para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “violencia intrafamiliar” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (**Tabla N°16**)

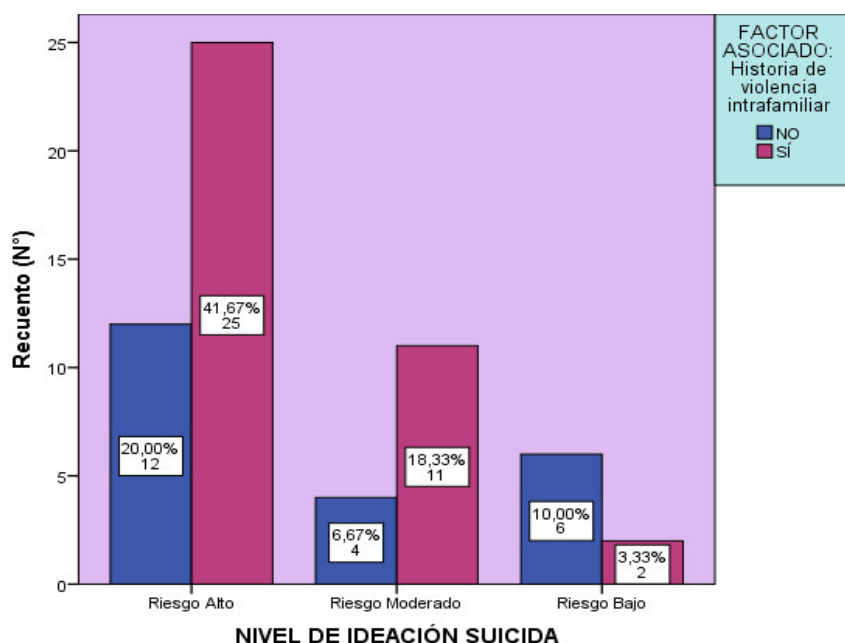


Figura N°13: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor del aspecto familiar llamado “Historia de violencia intrafamiliar” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 41.67% (n=25) manifestó tener historia de violencia intrafamiliar comparado con sólo un 20% (n=12) de ese mismo grupo quienes lo negaron, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un riesgo moderado de ideación suicida con un 18.33% (n=11) del total versus un 6.67% (n=4) quienes también negaron

historia de violencia intrafamiliar, en contraste en el grupo de bajo riesgo se halló que el 10% (n=6) niega este antecedente comparado con sólo un 3.33% (n=2) quienes lo afirmaron. Por lo descrito se evidencia según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, que el “Tener historia de violencia intrafamiliar” podría estar asociado a presentar un alto y moderado nivel de ideación suicida (**Figura N° 13, Tabla N° 15**). Por lo que se realizó el análisis bivariado entre el alto y moderado nivel de ideación suicida (en un solo grupo) y el factor de “Historia de Violencia Intrafamiliar”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respetivo; detallada a continuación. (**Tabla N° 17**)

Tabla N° 17: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar Historia de violencia Intrafamiliar” en los internos penitenciarios.

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		
			ALTO Y MODERADO RIESGO	BAJO RIESGO	TOTAL
HISTORIA DE VIOLENCIA INtraFAMILIAR	SÍ	Recuento	36	2	38
		% Del Total	60,0%	3,3%	63,3%
	NO	Recuento	16	6	22
		% Del Total	26,7%	10,0%	36,7%
TOTAL		Recuento	52	8	60
		% Del Total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 18: Prueba de chi cuadrado (SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,841	1	,016		
Prueba exacta de Fisher				,042	,023
N de casos válidos	60				

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 19: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio (OR) para AFIRMAR TENER HISTORIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIA (Sí / No)	6,750	1,227	37,142
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 19**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado nivel de ideación suicida se encuentra asociado al factor sociodemográfico de “Tener Hijos”, con un nivel de significancia de 0,05.

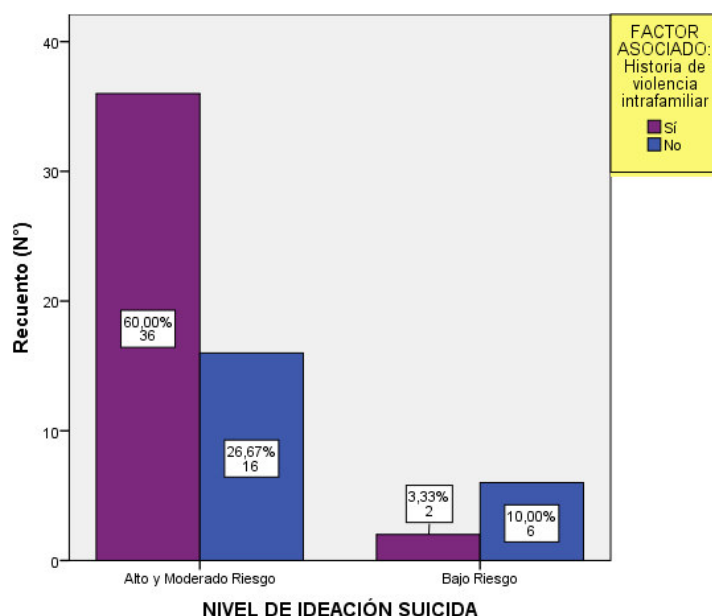


Figura N°14: “Alto y moderado nivel de Ideación Suicida” y el factor de “Afirmar tener Historia de Violencia Intrafamiliar”

Según el gráfico presentado, el 60% (n=36) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron Tener Historia de Violencia intrafamiliar, mientras que en el grupo de bajo riesgo, en su mayoría, el 10% (n=6) negó tener dicho antecedente. (**Figura N° 14**)

Finalmente se interpreta que: “Los internos del centro penitenciario que afirmaron tener historia de violencia intrafamiliar” tienen 6.7 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida”. Con un Intervalo de Confianza de (1,22 -37,14).

En la **Tabla N°20**, se puede observar el análisis bivariado entre “**el nivel de ideación suicida**” y el factor sociocultural de “**antecedente de consumo de drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario**” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°20: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “Antecedente consumo de drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

FACTOR ASOCIADO			NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA			TOTAL
			Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesg o bajo	
Consumo de drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario	Sí	Recuento	31	13	4	48
		% del total	51,7%	21,7%	6,7%	80,0%
	No	Recuento	6	2	4	12
		% del total	10,0%	3,3%	6,7%	20,0%
Total		Recuento	37	15	8	60
		% del total	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°21: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS v.22)

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,248	2	,043
Razón de verosimilitud	4,378	2	,049
Asociación lineal por lineal	2,864	1	,048
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor del aspecto sociocultural de “antecedente de haber consumido drogas

ilegales previo a su ingreso en el centro penitenciario” en los internos del Penal Miguel Castro Castro. (**Tabla N°21**)

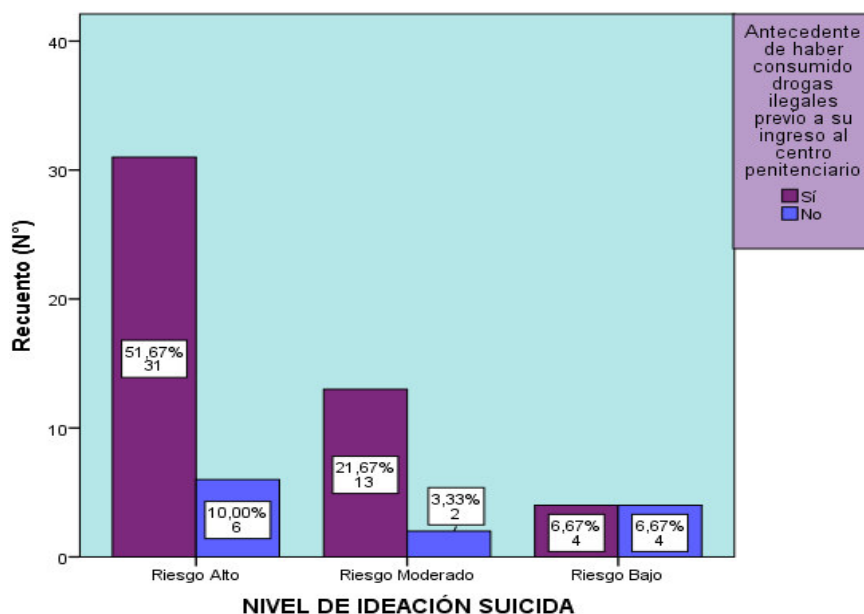


Figura N°15: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociocultural de “tener el antecedente de haber consumido drogas ilegales previo a su internación” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 51.67% (n=31) manifestó “Haber consumido previo a su ingreso al centro penitenciario, drogas ilegales”, comparado con un 10% (n=6) de ese mismo grupo quienes negaron haber consumido, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un nivel moderado de ideación suicida con un 21.67% (n=13) del total versus un 3.33% (n=2) quienes negaron dicho antecedente, sin embargo en el grupo de bajo riesgo se observó que los que afirmaron y negaron dicho antecedente representan sólo el 6.67% (n=4) por igual. Por lo descrito según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, se evidencia que “El haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso” podría estar asociado a un alto y moderado riesgo de ideación suicida (**Tabla N°20, Figura N°15**), por lo que se realizó el análisis bivariado entre el “alto y moderado nivel de ideación suicida” (en un solo grupo) y el factor sociocultural de “haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respectivo; detallada a continuación. (**Tabla N°22**)

Tabla N°22: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Sí haber consumido drogas ilegales previo a su internación” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		TOTAL
			ALTO Y MODERADO RIESGO	BAJO RIESGO	
Haber consumido drogas ilegales previo a su internación en el centro penitenciario	Sí	Recuento	44	4	48
		% del total	73,3%	6,7%	80,0%
	No	Recuento	8	4	12
		% del total	13,3%	6,7%	20,0%
Total		Recuento	52	8	60
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°23: Prueba de Chi-Cuadrado (SPSS v.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,192 ^a	1	,023		
Prueba exacta de Fisher				,043	,043
N de casos válidos	60				

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 24: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio (OR) para “El haber afirmado el consumo de drogas ilegales previo a su ingreso en el centro penitenciario (sí / no)	5,500	1,136	26,633
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 24**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado nivel de ideación suicida se encuentra asociado al factor sociocultural de “afirmar haber consumido drogas ilegales previo a su internación”, con un nivel de significancia de 0,05.

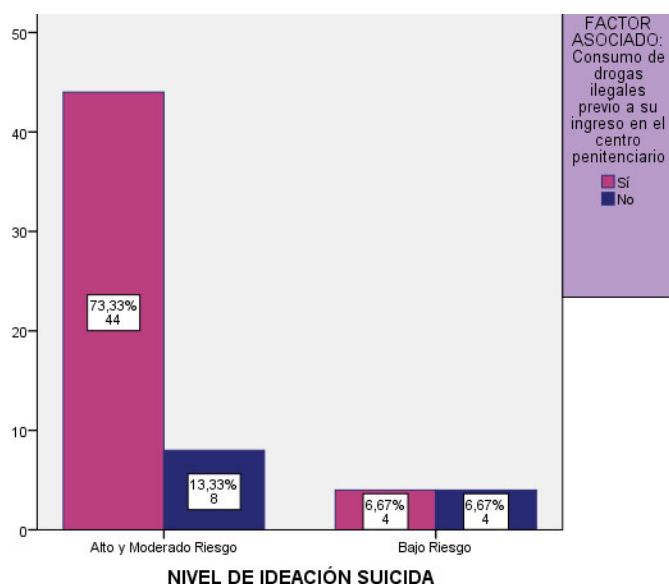


Figura N° 16: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmación de haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario”

Según la figura presentada, el 73.33% (n=44) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron “Haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al Centro Penitenciario”, mientras que en el grupo de bajo riesgo, la distribución de los que afirmaron y negaron dicho antecedente fue la misma 6.67% (n=4). (**Figura N° 16**)

Finalmente se interpreta que: “Los internos del centro penitenciario que “Afirmaron haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario” tienen 5.5 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida”. Con un Intervalo de Confianza de (1,13 -26,63).

En la **Tabla N°25**, se realizó el análisis bivariado entre el nivel de ideación suicida y el factor de “Antecedentes familiares de suicidio” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°25: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “Antecedentes familiares de suicidio” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

FACTOR ASOCIADO			NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA			Total
			RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	
“ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO”	Sí	Recuento	22	9	1	32
		% del total	36,7%	15,0%	1,7%	53,3%
	No	Recuento	15	6	7	28
		% del total	25,0%	10,0%	11,7%	46,7%
Total		Recuento	37	15	8	60
		% del total	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°26: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS V.22)

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,185	2	,045
Razón de verosimilitud	6,732	2	,035
Asociación lineal por lineal	3,904	1	,048
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor del aspecto familiar de “Antecedentes familiares de suicidio” en los internos del Penal Miguel Castro Castro. (**Tabla N°26**)

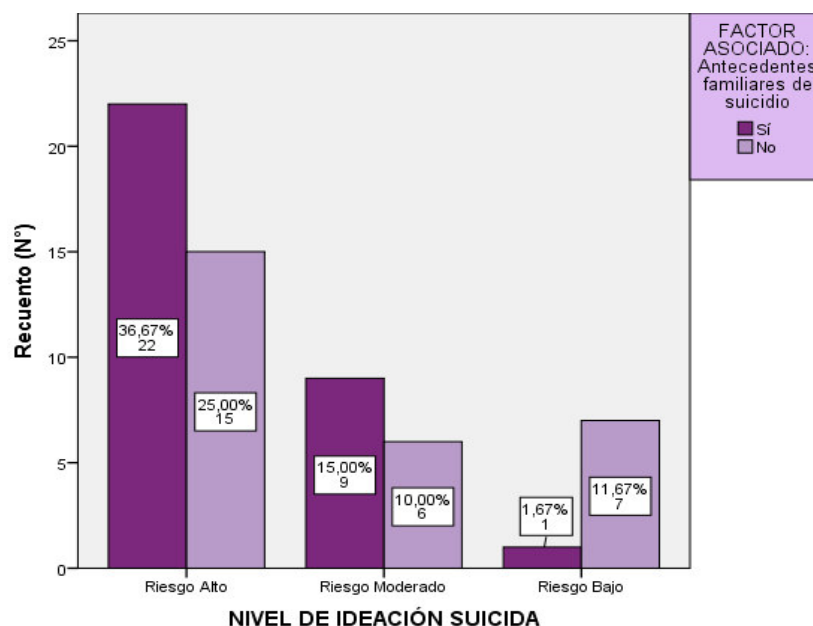


Figura N°17: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor sociocultural de “Antecedentes familiares de suicidio” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 36.67% (n=22) manifestó “Tener Antecedentes familiares de suicidio”, comparado con un 25% (n=15) de ese mismo grupo quienes negaron dicho antecedente, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un riesgo moderado de ideación suicida con un 15% (n=9) del total afirmaron versus un 10% (n=6) quienes lo negaron, en contraste, en el grupo de bajo riesgo se observó que los que negaron dicho antecedente representan el 11.67% (n=7) y sólo un 1.67% (n=1) lo afirmó. Por lo descrito según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, se evidencia que “El tener Antecedentes familiares de suicidio” podría estar asociado a un alto y moderado riesgo de ideación suicida (**Tabla N°25, Figura N°17**) por lo que se realizó el análisis bivariado entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” (en un solo grupo) y el factor “afirmar tener Antecedentes familiares de suicidio”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respectivo; detallada a continuación. (**Tabla N°27**).

Tabla N°27: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar Tener Antecedentes familiares de suicidio” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		TOTAL
			ALTO Y MODERADO	BAJO	
			RIESGO	RIESGO	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO	Sí	Recuento	31	1	32
		% del total	51,7%	1,7%	53,3%
	No	Recuento	21	7	28
		% del total	35,0%	11,7%	46,7%
Total		Recuento	52	8	60
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°28: Pruebas de chi-cuadrado (SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6,184 ^a	1	,013		
Prueba exacta de Fisher				,020	,016
N de casos válidos	60				

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 29: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio (OR) para Afirmar tener antecedentes familiares de suicidio (Sí / No)	10,333	1,183	90,256
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 29**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado nivel de ideación suicida se encuentra asociado al factor familiar de “afirmar tener antecedentes familiares de suicidio”, con un nivel de significancia de 0,05.

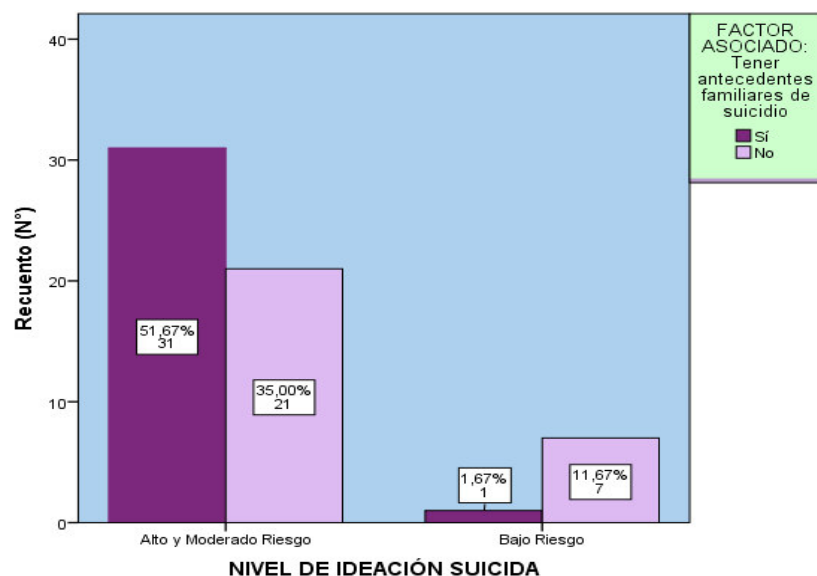


Figura N°18: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmación de tener antecedentes familiares de suicidio”

Según el gráfico presentado, el 51.67% (n=31) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron “Tener antecedentes familiares de suicidio”, por el contrario en el grupo de bajo riesgo, la distribución de los que negaron dicho antecedente fue mayor 11.67% (n=7) comparado con los que negaron 1.67% (n=1). (**Figura N°18**)

Finalmente se interpreta que “Los internos del centro penitenciario que “Afirmaron teneR antecedentes familiares de suicidio” tienen 10.3 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida”. Con un Intervalo de Confianza de (1,18 -90,25).

En la **Tabla N°30**, también se realizó el análisis bivariado entre el **nivel de ideación suicida** y el factor de “**Intentos de suicidios previos**” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°30: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor asociado de “Intentos de suicidio previos” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA TOTAL			Total
			RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	
Intentos de suicidios previos	Si	Recuento	32	10	3	45
		% del total	53,3%	16,7%	5,0%	75,0%
	No	Recuento	5	5	5	15
		% del total	8,3%	8,3%	8,3%	25,0%
Total		Recuento	37	15	8	60
		% del total	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°31: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS 22)

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,159	2	,010
Razón de verosimilitud	8,493	2	,014
Asociación lineal por lineal	8,897	1	,003
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor de “Intentos de suicidios previos” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro. (**Tabla N°31**)

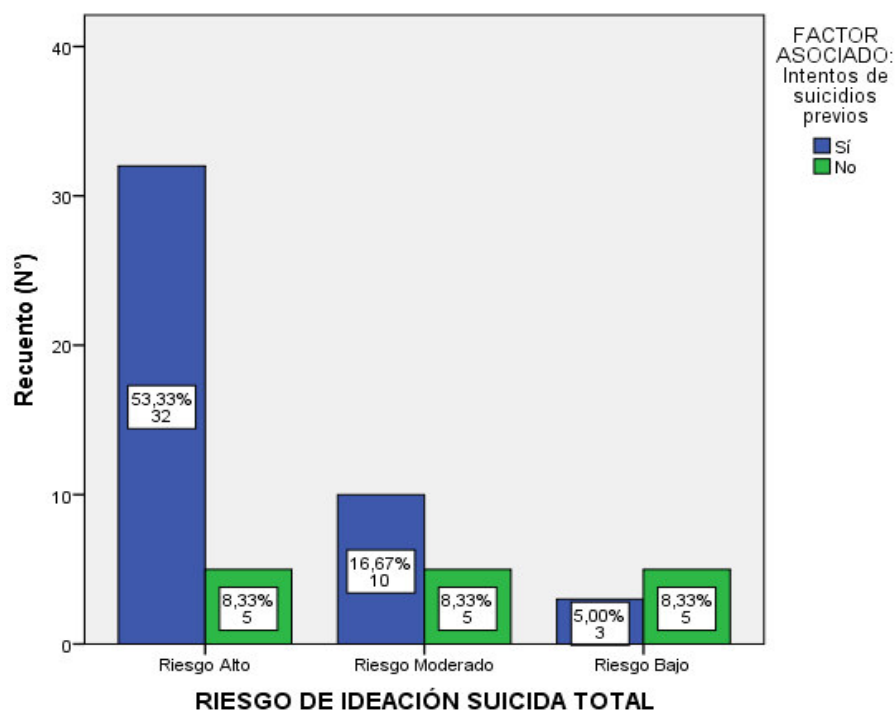


Figura N°19: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor de “Intentos de suicidios previos” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 53.33% (n=32) manifestó “Haber tenido intentos de suicidios previos”, comparado con un 8.33% (n=5) de ese mismo grupo quienes negaron dicho factor, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un riesgo moderado de ideación suicida con un 16.67% (n=10) del total afirmaron versus un 8.33% (n=5) quienes lo negaron, en contraste, en el grupo de bajo riesgo se observó que los que negaron haber tenido intentos previos, representan el 8.33% (n=5) y sólo un 5% (n=3) lo afirmó. Por lo descrito según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, se evidencia que “afirmar haber tenido intentos previos de suicidio” podría estar asociado a un “alto y moderado riesgo de ideación suicida” (**Tabla N°30, Figura N°19**), por lo que se realizó el análisis bivariado entre el alto y moderado nivel de ideación suicida (en un solo grupo) y el factor familiar de “Intentos de suicidios previos”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respectivo; detallado a continuación. (**Tabla N°32**).

Tabla N°32: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar haber tenido intentos de suicidios previos” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		
			ALTO Y		TOTAL
			MODERADO	BAJO RIESGO	
			RIESGO		
INTENTOS DE SUICIDIOS PREVIOS	Sí	Recuento	42	3	45
		% del total	70,0%	5,0%	75,0%
	No	Recuento	10	5	15
		% del total	16,7%	8,3%	25,0%
TOTAL		Recuento	52	8	60
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°33: Pruebas de chi-cuadrado (SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6,923 ^a	1	,009		
Prueba exacta de Fisher				,019	,019
N de casos válidos	60				

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 34: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Afirmar haber tenido intentos de suicidios previos (Sí / No)	7,000	1,429	34,286
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 34**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado riesgo de ideación suicida se encuentra asociado al factor de “afirmar haber tenido intentos de suicidios previos”, con un nivel de significancia de 0,05.

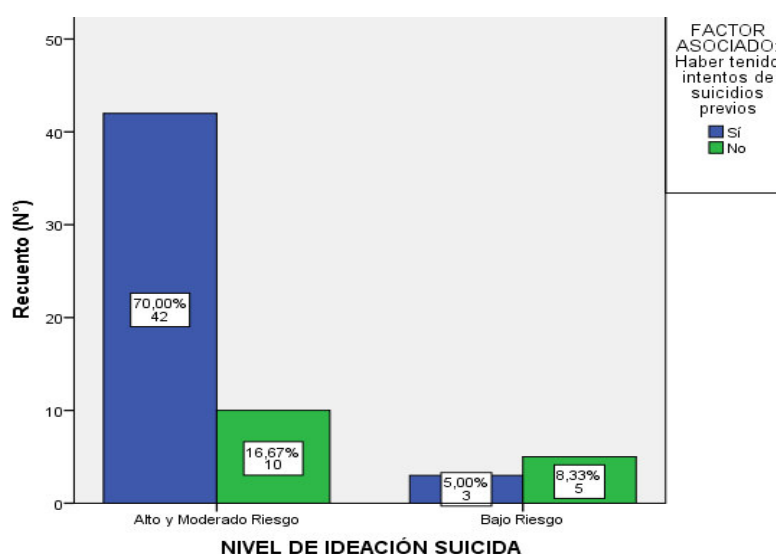


Figura N°20: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmación de haber tenido intentos de suicidio previos”

Según la **Figura N°20** el 70% (n=42) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron “Haber tenido episodios suicidas previos”, por el contrario en el grupo de bajo riesgo, la distribución de los que negaron dicho factor fue mayor 8.33% (n=5) comparado con los que negaron 5% (n=3).

Finalmente se interpreta que “Los internos del centro penitenciario que “Afirmaron haber tenido episodios suicida previos” tienen 7 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida”. Con un Intervalo de Confianza de (1,42 - 34,2).

Continuando con el análisis bivariado (**Tabla N°35**) entre el nivel de ideación suicida y el factor de “Condición jurídica” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°35: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Condición jurídica” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

		RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA				
FACTOR ASOCIADO		RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	TOTAL	
CONDICIÓN JURÍDICA	SENTENCIADO	RECuento	30	12	2	44
		% DEL TOTAL	50,0%	20,0%	3,3%	73,3%
	PROCESADO	RECuento	7	3	6	16
		% DEL TOTAL	11,7%	5,0%	10,0%	26,7%
	TOTAL	RECuento	37	15	8	60
		% DEL TOTAL	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°36: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS v.22)

	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,033	2	,004
Razón de verosimilitud	9,687	2	,008
Asociación lineal	7,358	1	,007
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor del aspecto “De la propia reclusión” llamado “Condición jurídica” en los internos del Penal Miguel Castro Castro. (**Tabla N°36**).

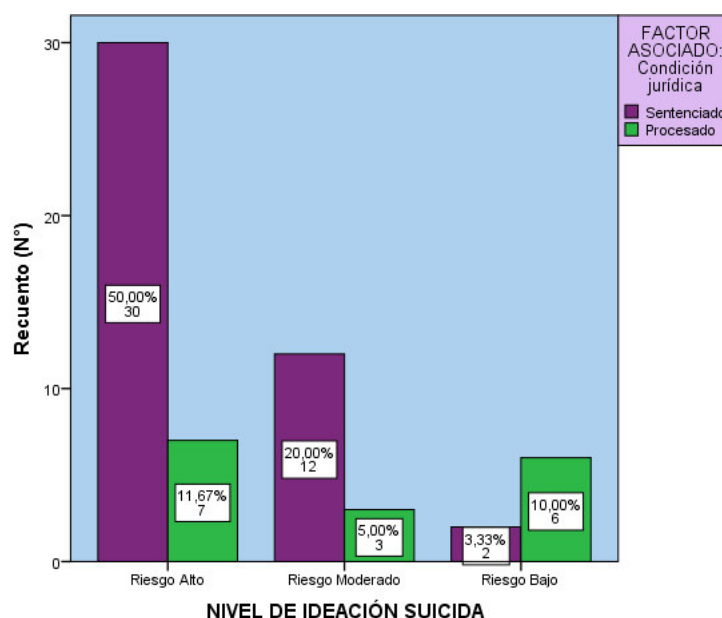


Figura N°21: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor llamado “Condición jurídica” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 50% (n=30) se encuentra en “Condición jurídica de Sentenciado”, comparado con un 11.67% (n=7) de ese mismo grupo quienes están en calidad de Procesado, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un riesgo moderado de ideación suicida con un 20% (n=12) del total en condición de sentenciado versus un 5% (n=3) de procesados, en contraste, en el grupo de bajo riesgo se observó que los sentenciados representan tan solo el 3.33% (n=2), mientras que los procesados el 10% (n=6) del total. Por lo descrito según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, se evidencia que “El tener condición jurídica de Sentenciado” podría estar asociado a un alto y moderado riesgo de ideación suicida (**Figura N°21, Tabla N°35**), por lo que se realizó el análisis bivariado entre el alto y moderado nivel de ideación suicida (en un solo grupo) y el Factor de la propia reclusión llamado “Condición jurídica”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respetivo; detallado a continuación. (**Tabla N°35**)

Tabla N°37: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Condición jurídica” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		TOTAL
			ALTO Y MODERADO	BAJO RIESGO	
			RIESGO		
CONDICIÓN JURÍDICA	SENTENCIADO	Recuento	42	2	44
		% del total	70,0%	3,3%	73,3%
	PROCESADO	Recuento	10	6	16
		% del total	16,7%	10,0%	26,7%
Total	Recuento	52	8	60	
	% del total	86,7%	13,3%	100,0%	

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°38: Prueba de chi-cuadrado (SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	11,027 ^a	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,003	,003
N de casos válidos	60				

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 39: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio (OR) para condición jurídica de Sentenciado (sentenciado / procesado)	12,600	2,206	71,972
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 39**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado riesgo de ideación suicida se encuentra asociado al factor de “Condición jurídica de Sentenciado”, con un nivel de significancia de 0,05.

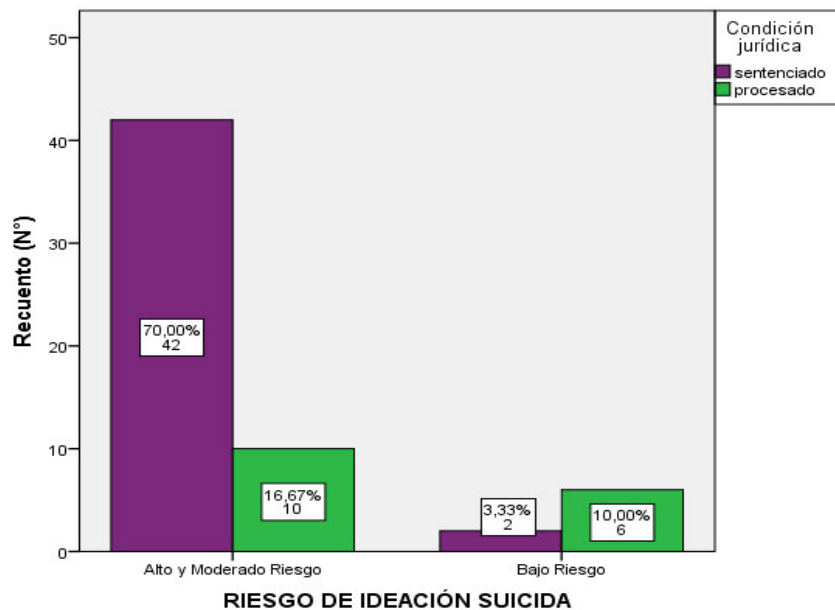


Figura N°22: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Condición jurídica de Sentenciado”

Según lo hallado, el 70% (n=42) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y se encuentran en condición de “Sentenciado”, por el contrario en el grupo de bajo riesgo, la distribución procesados fue mayor 10% (n=6) comparado con los sentenciados 3.33% (n=2). (*Figura N°22*)

Finalmente se interpreta que: “Los internos del centro penitenciario que “Se encuentran en calidad de Sentenciados” tienen 12.6 veces mayor probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida, con respecto a los internos penitenciarios “Procesados”. Con un Intervalo de Confianza de (2,2 – 71,9).

En la **Tabla N°40**, se observa el análisis bivariado entre el **nivel de ideación suicida** y el factor de **“Historia de reclusiones penitenciarias previas”** mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°40: Tabla de contingencia entre “el nivel de ideación suicida” y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Historia de reclusiones penitenciarias previas” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA TOTAL			Total
			RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	
Historia de reclusiones penitenciarias previas	Sí	Recuento	31	11	3	45
		% del total	51,7%	18,3%	5,0%	75,0%
	No	Recuento	6	4	5	15
		% del total	10,0%	6,7%	8,3%	25,0%
Total		Recuento	37	15	8	60
		% del total	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°41: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS V. 22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,545	2	,023
Razón de verosimilitud	6,698	2	,035
Asociación lineal por lineal	6,612	1	,010
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor del aspecto “De la propia reclusión” llamado “Historia de reclusiones penitenciarias previas” en los internos del Penal Miguel Castro Castro (**Tabla N°41**)

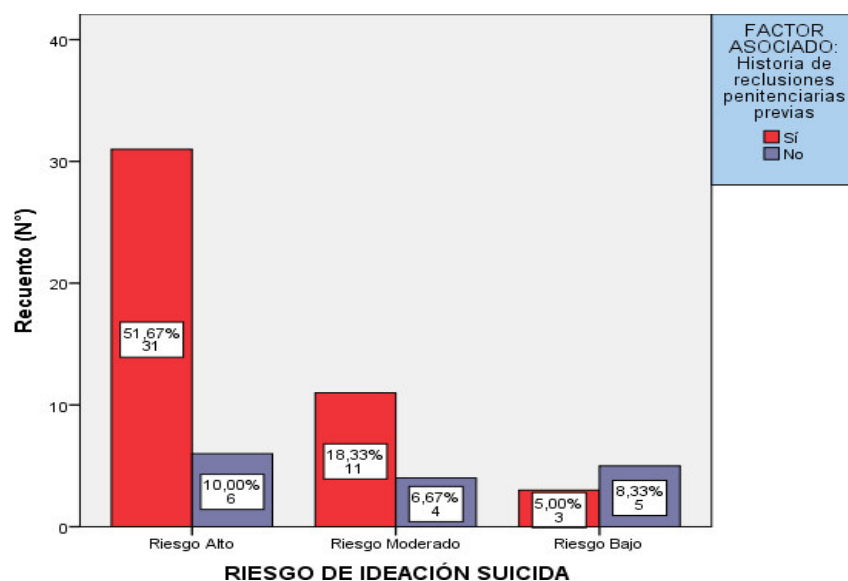


Figura N°23: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor llamado “Historia de reclusiones penitenciarias previas” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 51,67% (n=31) afirma haber tenido reclusiones penitenciarias previas”, comparado con un 10% (n=6) de ese mismo grupo quienes negaron dicho antecedente, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un riesgo moderado de ideación suicida, de los cuales el 18,33% (n=11) del total también afirmó haber sido recluido antes, en contraste, en el grupo de bajo riesgo se observó que los que afirmaron dicho factor representan tan solo el 5% (n=3), mientras que los que negaron haber tenido dicha experiencia representan el 8.33% (n=5) del total, por lo descrito según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, se evidencia que “El Haber tenido episodios de reclusiones previas” podría estar asociado a un alto y moderado riesgo de ideación suicida (**Figura N°23, Tabla N°40**), por lo que se realizó el análisis bivariado entre el alto y moderado nivel de ideación suicida (en un solo grupo) y el Factor de la propia reclusión llamado “Historia de reclusiones penitenciarias previas”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respetivo; detallado a continuación. (**Tabla N°42**)

Tabla N°42: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Historia de reclusiones penitenciarias previas” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		TOTAL
			ALTO Y MODERADO		
			RIESGO	BAJO RIESGO	
HISTORIA DE RECLUSIONES PENITENCIARIAS PREVIAS	Sí	Recuento	42	3	45
		% del total	70,0%	5,0%	75,0%
	No	Recuento	10	5	15
		% del total	16,7%	8,3%	25,0%
Total		Recuento	52	8	60
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°43: Pruebas de chi-cuadrado (SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6,923 ^a	1	,009		
Prueba exacta de Fisher				,019	,019
N de casos válidos	60				

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 44: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para ¿Has sido recluso antes? (Sí / No)	7,000	1,429	34,286
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 44**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado riesgo de ideación suicida se encuentra asociado al factor de “afirmar haber tenido episodios de reclusiones penitenciarias previas”, con un nivel de significancia de 0,05.

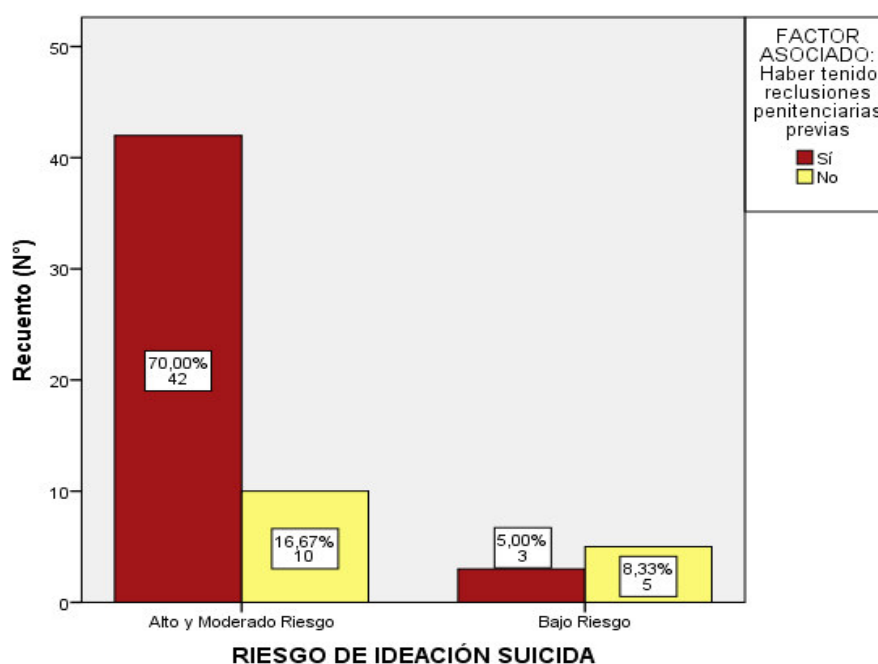


Figura N°24: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “afirmar haber tenido reclusiones penitenciarias previas”

Según la figura presentada, el 70% (n=42) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron haber tenido episodios previos de reclusiones penitenciarias”, por el contrario en el grupo de bajo riesgo, la distribución de los que negaron dicho antecedente fue mayor 8.33% (n=5) comparado con los que lo afirmaron 5% (n=3). (**Figura N°24**)

Finalmente se interpreta que: “Los internos del centro penitenciario que “Afirman haber tenido episodios de reclusiones previas” tienen 7 veces mayor probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida”. Con un Intervalo de Confianza de (1,4 – 34,2).

En la **Tabla N°45**, se observa el análisis bivariado entre el nivel de ideación suicida y el factor de “episodios de autolesiones, durante la estadía en prisión” mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°45: Tabla de contingencia entre “el nivel de ideación suicida” y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Episodios de autolesiones”, durante la estadía en prisión” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA			Total
			RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	
Episodios de autolesiones, durante la estadía en prisión	Sí	Recuento	30	9	1	40
		% del total	50,0%	15,0%	1,7%	66,7%
	No	Recuento	7	6	7	20
		% del total	11,7%	10,0%	11,7%	33,3%
	Recuento		37	15	8	60
	Total		61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°46: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS v.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	14,322 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	14,270	2	,001
Asociación lineal por lineal	13,346	1	,000

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor del aspecto “De la propia reclusión” llamado “episodios de autolesiones durante la estadía en prisión” en los internos del Penal Miguel Castro Castro. (**Tabla N°46**).

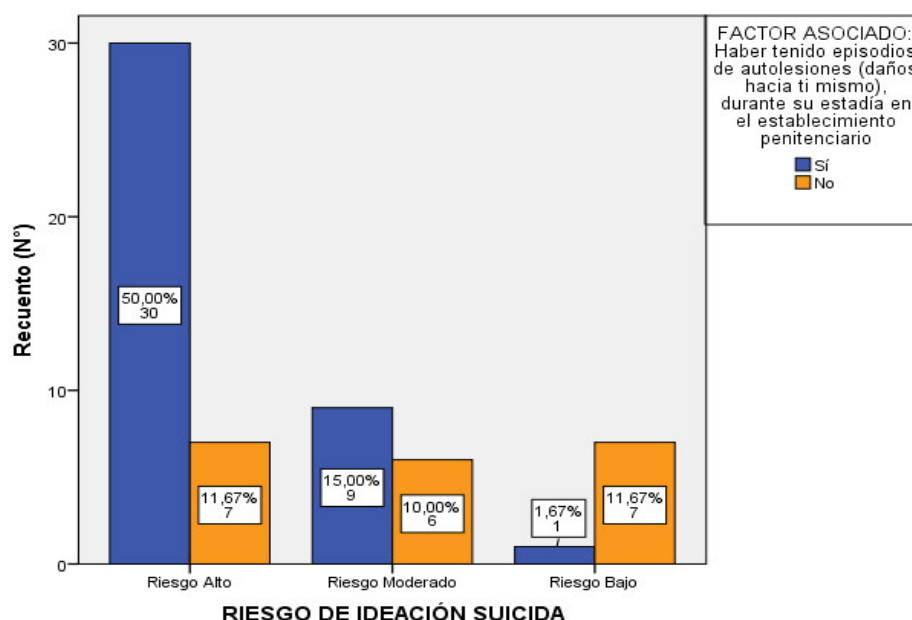


Figura N°25: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor “Episodios de autolesiones, durante la estadía en prisión” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 50% (n=30) Afirma “Haber tenido episodios de autolesiones, durante la estadía en prisión”, comparado con un 11.67% (n=7) de ese mismo grupo quienes negaron dicho factor, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un riesgo moderado de ideación suicida, de los cuales el 15% (n=9) del total también afirmó Haber tenido episodios de autolesiones, en contraste, en el grupo de bajo riesgo donde se observó que los que afirmaron dicho factor representan tan solo el

1,67% (n=1), mientras que los que negaron haber tenido dicha experiencia representan el 11.67% del total (n=7). por lo descrito según la tabla de contingencia y la figura mostrada, se evidencia que “Haber tenido episodios de autolesiones durante la estadía en prisión” podría estar asociado a un alto y moderado riesgo de ideación suicida (**Tabla N°45, Figura N°25**), por lo que se realizó el análisis bivariado entre el alto y moderado nivel de ideación suicida (en un solo grupo) y el Factor de la propia reclusión llamado “Haber tenido episodios de autolesiones durante la estadía en prisión”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respetivo; detallado a continuación. (**Tabla N°47**)

Tabla N°47: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar haber tenido episodios de autolesiones durante la estadía en prisión” en los internos penitenciarios

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		Total
			ALTO Y MODERADO RIESGO	BAJO RIESGO	
Haber tenido episodios de autolesiones durante la estadía en prisión	Sí	Recuento	39	1	40
		% del total	65,0%	1,7%	66,7%
	No	Recuento	13	7	20
		% del total	21,7%	11,7%	33,3%
Total		Recuento	52	8	60
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°48: Prueba de chi-cuadrado (SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	12,188	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
N de casos válidos	60				

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 49: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS v.22.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio (OR) para “El Afirmar que durante su estadía en el establecimiento ha tenido episodios de autolesiones (daños hacia ti mismo) (Sí / No)	21,000	2,357	187,132
N de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 49**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado riesgo de ideación suicida se encuentra asociado al factor de “Afirmar que durante su estadía en el establecimiento ha tenido episodios de autolesiones”, con un nivel de significancia de 0,05.

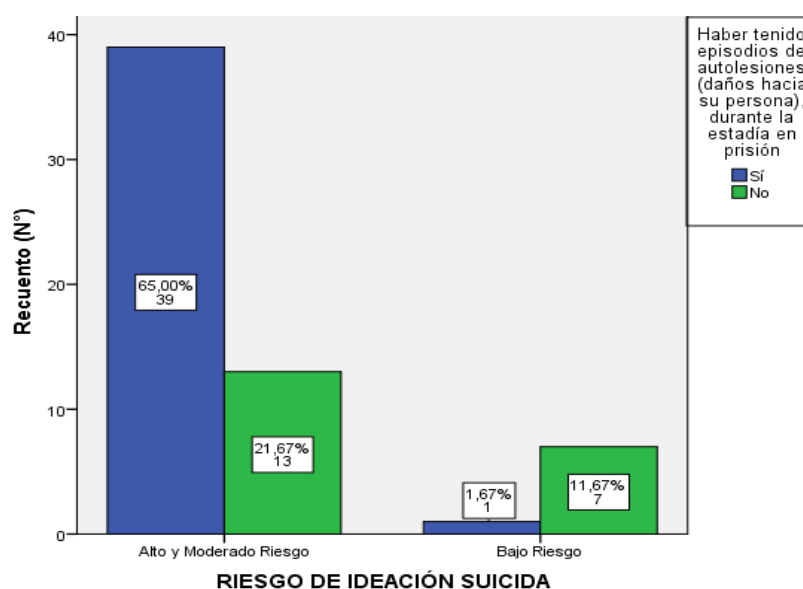


Figura N°26: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “Afirmar que durante su estadía en el establecimiento ha tenido episodios de autolesiones”

Según el gráfico presentado, el 65% (n=39) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron que “durante su estadía en el establecimiento ha tenido episodios de autolesiones” por el contrario en el grupo de bajo riesgo, la distribución de los que negaron dicho antecedente fue mayor 11.67% (n=7) comparado con los que lo afirmaron 1.67% (n=1). (**Figura N°26**)

Finalmente se interpreta que: “Los internos del centro penitenciario que “Afirmaron que durante su estadía habían tenido episodios de autolesiones” tienen 21 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida, con un Intervalo de Confianza de (2,3 – 187,1).

Con respecto al factor llamado tiempo de reclusión, se analizó primero la frecuencia (**Tabla N°50**), hallándose que el tiempo de >1 año hasta los 5 años fue el más frecuente, por lo que se agrupó a las demás alternativas en un solo grupo, convirtiendo de esta manera en una variable dicotómica.

Tabla N°50: Hallando la frecuencia del factor “Tiempo de reclusión”

Factor asociado	Tiempo de reclusión hasta el momento (en años)			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0- 1 año	3	5,0	5,0	5,0
>1 año hasta 5 años	46	76,7	76,7	81,7
>5 años hasta los 10 años	10	16,7	16,7	98,3
>15 años	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tiempo de reclusión más frecuente: >1 año hasta 5 años

Luego (**Tabla N°51**) se realizó el análisis bivariado entre el nivel de ideación suicida y el factor de “Tiempo de reclusión (>1 año hasta 5 años)”, mediante la prueba Homogeneidad de chi cuadrado.

Tabla N°51: Tabla de contingencia entre el nivel de ideación suicida y el factor “de la propia reclusión” asociado llamado “Tiempo de reclusión” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro

FACTOR ASOCIADO			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA TOTAL			Total
			Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo	
TIEMPO DE RECLUSIÓN	> DE 1 AÑO	Recuento	31	12	3	46
	HASTA 5 AÑOS	% del total	51,7%	20,0%	5,0%	76,7%
		OTROS	Recuento	6	3	5
			% del total	10,0%	5,0%	8,3%
Total		Recuento	37	15	8	60
		% del total	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°52: Prueba de Chi Cuadrado (Programa SPSS v.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,001 ^a	2	,018
Razón de verosimilitud	6,796	2	,033
Asociación lineal por lineal	5,900	1	,015
N de casos válidos	60		

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que, con un nivel de significación de 0.05: “Existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor llamado “Tiempo de reclusión (>1 año hasta 5 años)” en los internos del Penal Miguel Castro Castro. (**Tabla N°52**)

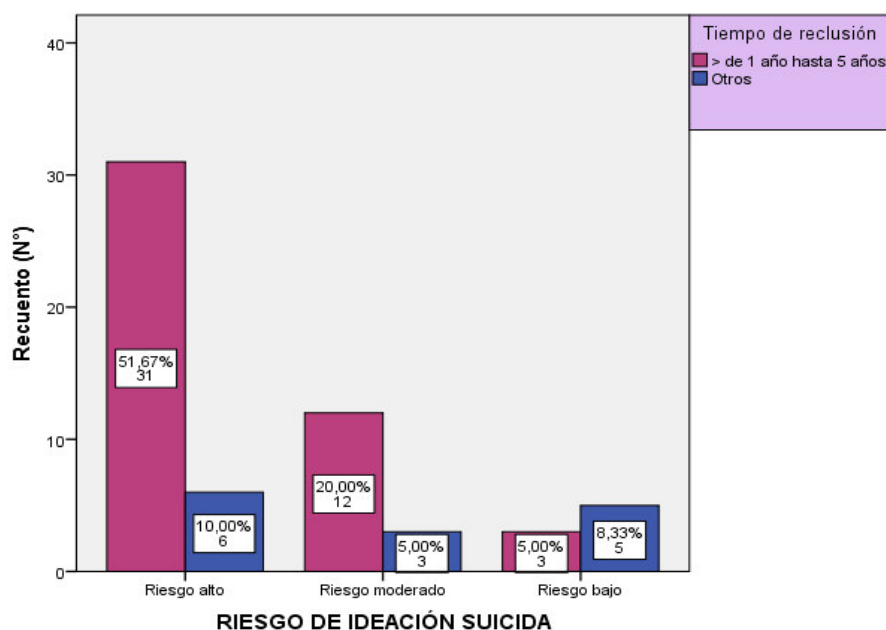


Figura N°27: Nivel de ideación suicida y su relación con el factor llamado “Tiempo de reclusión (>1 año hasta 5 años)” en los internos del Centro Penitenciario Miguel Castro Castro.

Dentro del grupo que obtuvo un alto riesgo de ideación suicida, el 51,67% (n=31) afirma “tener un Tiempo de reclusión (>1 año hasta 5 años)”, comparado con un 10% (n=6) de ese mismo grupo quienes refirieron otros tiempos, caso similar se evidenció en el grupo que obtuvo un riesgo moderado de ideación suicida, de los cuales el 20% (n=12) del total también afirmó

encontrarse recluso ese lapso de tiempo de reclusión (>1 año hasta 5 años) , en contraste, en el grupo de bajo riesgo se observó que los que afirmaron dicho factor representan tan solo fue el 5% (n=3) del total, por lo descrito según la tabla de contingencia y el grafico mostrado, se evidencia que “Estar recluso el tiempo aproximado de >1 año hasta 5 años” podría estar asociado a un alto y moderado riesgo de ideación suicida (**Tabla N°51, Figura N°27**), por lo que se realizó el análisis bivariado entre el alto y moderado nivel de ideación suicida (en un solo grupo) y el Factor de la propia reclusión llamado “Tiempo de reclusión (>1 año hasta 5 años)”, mediante la prueba Independencia de chi cuadrado. Calculando asimismo el Odds Ratio (OR) respectivo; detallado a continuación. (**Tabla N°53**)

Tabla N°53: Tabulación cruzada entre “el alto y moderado nivel de ideación suicida” con el factor asociado de “Afirmar tener un tiempo de reclusión de (>1 año hasta 5 años)”

			RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA		Total
			ALTO Y MODERADO RIESGO	BAJO RIESGO	
TIEMPO DE RECLUSIÓN	FACTOR ASOCIADO > DE 1 AÑO HASTA 5 AÑOS	Recuento	43	3	46
		% del total	71,7%	5,0%	76,7%
	EL RESTO	Recuento	9	5	14
		% del total	15,0%	8,3%	23,3%
	Total	Recuento	52	8	60
		% del total	86,7%	13,3%	100,0%

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N°54: Pruebas de chi-cuadrado (SPSS V.22)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	7,916 ^a	1	,005		
Prueba exacta de Fisher				,013	,013

Siendo significativo estadísticamente dado que el valor p para el chi-cuadrado es menor que 0.05.
Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

Tabla N° 55: Calculo del Odds Ratio (OR) según el Programa SPSS 22.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio (OR) para tiempo de reclusión (> de 1 año hasta 5 años / el resto)	7,963	1,605	39,502
Número de casos válidos	60		

Fuente: base de datos del presente estudio. 2017

En la **Tabla N° 55**, se observa que se trata de un factor de riesgo, debido a que su OR es mayor a la unidad, además el valor del intervalo de confianza del OR para este factor no toma la unidad, por lo tanto se puede afirmar que: “El alto y moderado riesgo de ideación suicida se encuentra asociado al factor de “Tener un tiempo de reclusión de >1 año hasta 5 años”, con un nivel de significancia de 0,05.

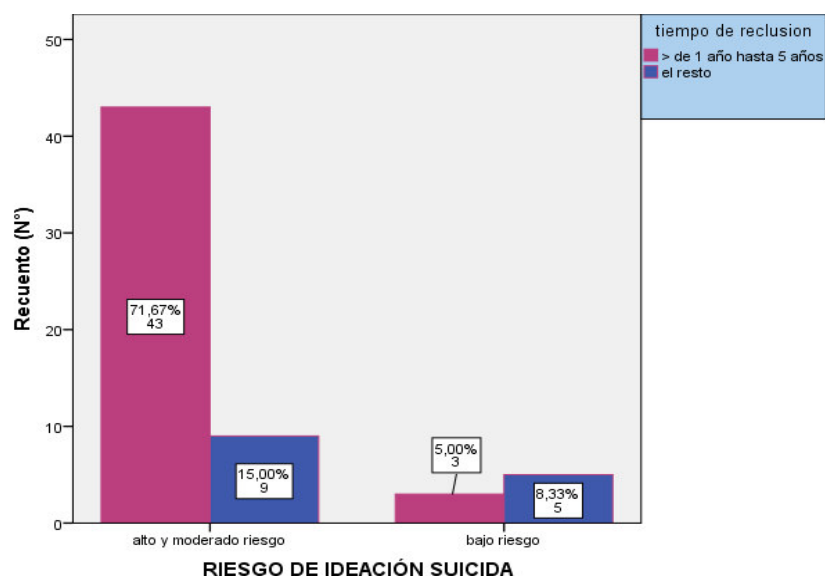


Figura N°28: Alto y moderado nivel de Ideación Suicida y el factor de “afirmar Tener un tiempo de reclusión de >1 año hasta 5 años”

Según la **Figura N°28**, el 71,67% (n=43) de todos los internos penitenciarios obtuvieron un alto y moderado nivel de ideación suicida y afirmaron que “Cuentan con un tiempo de reclusión de >1 año hasta 5 años” por el contrario en el grupo de bajo riesgo, la distribución de los que afirmaron llevar recluido cierta cantidad de años, diferente al mencionado, fue mayor 8,33% (n=5) comparado con los que lo afirmaron ese lapso de tiempo (>1 año hasta 5 años) 5% (n=3).

Finalmente se interpreta que: “Los internos del centro penitenciario que “Afirmaron tener un tiempo de reclusión que oscila > 1 año hasta 5 años, tienen 7.9 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida, con respecto a los internos que manifestaron otros tiempos de reclusión”. Con un Intervalo de Confianza de (1,6 – 39,5).

Luego de realizar en análisis bivariado se procedió al análisis multivariado con el método de regresión logística (Tabla N°56); el cual es un análisis realizado para evaluar la independencia de cada factor al que se le encontró asociación estadística en el análisis bivariado, a través de la regresión logística se puede considerar que aquellos factores que finalmente se hallen como asociado estadísticamente significativo aumentan la probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida, de manera independiente con respecto al riesgo que también puedan producirse con el resto de los otros factores.

Tabla N°56: Regresión Logística de los 10 Factores a los cuales se le encontró asociación estadística significativa en el Análisis Bivariado.

FACTORES ASOCIADOS	gl	Sig.	O. R.a. (Odds Ratio)	INTERVALO DE CONFIANZA (95% C.I.)	
				Inferior	Superior
ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO	1	,104	10,529	,618	179,293
EPISODIOS DE AUTOLESIONES	1	,049	7,6	1,6	90,4
TIEMPO DE RECLUSIÓN (>1año – 5años)	1	,043	9,8	1,0	89,9
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	1	,320	3,2	,322	32,2
HABER CONSUMIDO DROGAS ILEGALES	1	,292	3,3	,356	31,0
TENER HIJOS	1	,011	66,3	2,6	73,4
DESOCUPADO	1	,048	77,8	1,0	98,8
INTENTOS SUICIDAS PREVIOS	1	,183	11,4	,315	416,8
CONDICIÓN DE SENTENCIADO	1	,040	55,6	1,2	74,9
HABER SIDO RECLUIDO ANTES	1	,197	10,7	,291	399,1

La **Tabla N°56** muestra la relación que existe entre la variable dependiente (ideación suicida) y las variables independientes (Antecedentes familiares de suicidio, Haber tenido episodios de autolesiones durante su estadía en prisión, tener un tiempo de reclusión que oscila entre 1 años hasta 5 años, tener historia de violencia intrafamiliar, haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario, tener hijos, estar desocupado dentro de la prisión, tener intentos de suicidios previos, condición jurídica de sentenciado, haber sido recluido con anterioridad en prisión) mostrándose para cada una el OR correspondiente con su intervalo de confianza y su nivel de significación. Para el factor “haber tenido episodios de autolesiones dentro de prisión”, se muestra que el afirmar dicho enunciado ofrece un factor de riesgo ya que el OR es de 7.69 y el intervalo de confianza no toma la unidad y el valor de p es menor de 0.05 ($p=0.049$). Par el factor de “Tiempo de reclusión”, el tener un tiempo recluido que oscila entre >1 año hasta los 5 años ofrece un factor de riesgo con un OR de 9.84, cuyo intervalo de confianza no toma la unidad y su nivel de significancia es menor de 0.05 ($p=0.043$). Con respecto al factor “Tener hijos”, el tenerlos ofrece un factor de riesgo con un OR de 66.3 con un intervalo que confianza que no toma la unidad y un nivel de significancia de p es menor de 0.05 ($p=0.011$). En cuanto al factor “Ocupación”, vemos que el estar desocupado es un factor de riesgo, con un OR de 77, lo que significa que las personas que están desocupadas tienen mayores posibilidades de tener ideación suicida alta o moderada que aquellas personas que realizan alguna actividad académica o laboral dentro del centro penitenciario; el valor del intervalo de confianza del OR para esta variable no toma la unidad y su nivel de significancia de p es menor de 0.05 ($p=0.048$). Para los finalizar; con respecto al factor “Condición jurídica” vemos que el tener condición de “Sentenciado” también ofrece un factor de riesgo ya que el OR es de 55,6 cuyo intervalo de confianza no toma la unidad y nivel de significancia para p es menor de 0.05 ($p=0.040$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se halló una distribución según niveles de riesgo de ideación suicida donde fue más frecuente el grupo de riesgo e ideación suicida alta y moderada con un 66.67% y 25% respectivamente y tan sólo el 8.33% obtuvo un nivel bajo de ideación suicida. Resultados similares a los encontrados en la investigación realizada por Mojica et al, en una cárcel del Quindío (Colombia) en el 2011 donde la ideación suicida de riesgo alto fue de 29% y moderado en el 47% de ellos (26).

Sheila et al, en el 2010 señalan que los presos dependientes de opiáceos tienen 10 veces mayor riesgo de ideación y de acciones suicidas, así como lo mencionado por Borges, et al., en el 2000, que un posible marcador del suicida podría ser el uso de múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada, en general, el abuso de drogas adictivas, conlleva un alto riesgo de ideación suicida (65). Sin embargo en nuestro estudio, se analizó la dependencia con las benzodiacepinas, evidenciándose que el 25% (n=15) que resultó con riesgo alto y moderado de ideación suicida afirmó consumir fármacos “para conciliar el sueño, para episodios de depresión y/o de ansiedad” dentro de las que destacaron el diazepam y el clonazepam. Sin embargo no se encontró asociación estadística con la ideación suicida.

Con respecto a la edad en el mismo estudio de Sheila, et al., el rango de edad más vulnerable fue entre 15-24 años de edad, así como lo encontrado por Folino et al en el 2003 (27), concluyendo que entre algunos de los factores de riesgo más importantes están, ser reclusos(a) jóvenes, en la actualidad las tasas de suicidio consumado en jóvenes se viene incrementando, principalmente en varones entre 15 y 24 años (41). En nuestros resultados el 55% (n=33) afirmó tener una edad menor o igual a la media (34.7 +/- 9.28 años) y de estos el 46,7% (n=28) obtuvo un nivel de riesgo suicida alto y moderado, sin embargo tampoco se obtuvo una asociación estadística, además con respecto a la condición jurídica refieren que la mayoría de suicidios ocurren en aquellos presos(as) que aún tienen su situación penal no

definida. (28), hallazgos similares se obtuvieron en el 2006, Lekka, et al., (29) investigaron los factores de riesgo de ideación suicida como predictor del comportamiento suicida en privados de la libertad. Estableciendo que los sentimientos relacionados a la ideación suicida se activan por factores estresantes como condición jurídica no definida (19.4%); algo que se contraste con nuestro estudio, ya que sí se halló asociación estadística significativa con el factor de condición jurídica, pero a diferencia de los estudios mencionados se halló los internos que se encuentran en calidad de “Sentenciados” tienen 12.6 veces mayor probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida, con respecto a los internos penitenciarios “Procesados o con condición jurídica no definida”.

En referencia a las relaciones sentimentales o de pareja, específicamente cuando se experimenta sentimiento de pérdida o rupturas, estas se convierten en un factor de riesgo crucial, en el sentido de que llegan a fragmentar la vida de los sujetos, pues comienzan a desatar en estos conflictos internos, que llevan en últimas a que atenten contra su propia vida (Nizama, 2011) (68). Como lo estipulan García-De-Jalon & Peralta (2002) (70), el estado civil influye en la ejecución de este tipo de comportamientos e ideas suicidas; por ejemplo ellos encontraron que se presentan mayores conductas e ideaciones suicidas en hombres solteros, divorciados y viudos. A pesar que en nuestro estudio no se haya encontrado asociación estadística, sí se pudo evidenciar que del total de internos penitenciarios, el 51,7% (n=37) manifestó estar soltero y de estos el 41,7% (n=25) obtuvo un alto y moderado riesgo de ideación suicida. Las relaciones familiares se constituyen en un freno, para los que señalaron tener ideación suicida; como lo indican Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallar V (2006) “la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas y la capacidad de amar son un componente fundamental del bienestar y consiguientemente de la salud mental. (99)

Con respecto al nivel sociodemográfico, Qin, Agerbo & Mortensen (2002) (72) esbozan que la conducta e ideaciones suicidas, principalmente los suicidios consumados e intentos de suicidio, son más usuales en sujetos desempleados, como lo evidenciado en nuestro estudio, en donde se halló

asociación estadísticamente significativa, y concluyendo que los internos del centro penitenciario que afirmaron estar desocupados tienen 10,3 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida, con respecto a los internos penitenciarios que afirmaron trabajar y/o estudiar”. Resultados similares a los obtenidos por Fazel S., et al., en el 2008 (71) quien encontró que entre los factores que pueden aumentar el riesgo de pensamientos y acciones suicidas, destacan: La espera de decisiones judiciales, el consumo de drogas, el no estar vinculado a una actividad productiva que le permita hacer buen uso del tiempo libre dentro del centro penitenciario, es decir estar desocupado.

Por su parte, en Colombia, Ruiz, Gómez, *et al.*, (2002)(15) llevaron a cabo un estudio en cinco prisiones de Bogotá, con una muestra de 416 sujetos, sobre la ideación suicida y su riesgo en prisión y aquellos factores asociados a este fenómeno. En los resultados plantean que el tiempo de condena podría convertirse en un factor de riesgo de suicidio, en nuestro estudio no se halló asociación estadística, sin embargo se describió que el 53,3% del total de internos con riesgo alto o moderado de ideación suicida afirmaron tener un tiempo de condena establecido de más de 5 años.

Asimismo Ruiz, Gómez, *et al.*, (2002) (15), mencionan que cuando hay presencia de antecedentes médicos, como enfermedades físicas y dificultades y/o enfermedades sexuales, sobre todo en aquellos más jóvenes y los que no logran adaptarse a las normas intramurales. Como en nuestro caso, el 33,3% (n=20) del total de participantes se le encontró un alto o moderado riesgo de ideación suicida y a su vez afirmó estar recibiendo tratamiento para la Tuberculosis (siendo la manifestación pulmonar la más frecuente). Además el 1,7% (n=1) afirmó haber presentado Enfermedades de Transmisión sexual (ETS), y el 15% (n=9) otras enfermedades dentro de las que destacan la Diabetes Mellitus. Todos ellos con alto o moderado riesgo de ideación suicida.

Otro estudio, realizado por Mojica, Sáenz & Rey-Anaconda (2011) (26), buscó evaluar la relación entre el riesgo de ideación suicida y variables sociodemográficas como la edad, el tiempo de condena, el de reclusión y el número de reclusiones previas, en una muestra de 95 internos, con edades entre 19 y 59 años. Encontraron que la edad, el tiempo de condena y el de reclusión y el número de reclusiones previas no se relacionan con el riesgo de ideación suicida, en nuestro trabajo por el contrario sí encontramos asociación estadísticamente significativa con el factor de tiempo de reclusión comprendido entre >1 año hasta los 5 años, encontrándose que aquellos que manifestaron tener este tiempo de reclusión tienen 7.9 veces mayor probabilidad de presentar un alto y/o moderado riesgo de ideación suicida, con respecto a los internos que manifestaron otros tiempos.

Según Zhang, Grabiner, Zhou y Li (2010) (30), los privados de libertad con ideación suicida son los que menor soporte social y confianza en sí mismos tienen, además, la historia familiar de suicidio y maltrato infantil está relacionada con altos niveles de ideación suicida (Lekka, Argyriou y Beratis, 2006) (29)

Por otro lado hay privados de libertad, que destacan las creencias religiosas como razones para vivir, pues conciben a la idea del suicidio como un pecado y se valora la vida humana como “un tesoro”, además, aquellas personas que inician algún proceso religioso (ya sea por parte del sacerdote católico, del pastor evangélico u otro privado de libertad) fortalecen sus creencias al leer y analizar la biblia, rezar o meditar, por lo que tienden a interpretar el mundo a partir de una perspectiva cognitiva diferente. Baltodano Ch., et al., en el 2014 (100) menciona que las actividades religiosas (la celebración de la Misa, predicación evangélica, entre otros), las actividades educativas (educación primaria, secundaria, superior (a distancia) y laborales (trabajo remunerado y no remunerado) promueven la salud mental y la creación de proyectos de vida en los privados de libertad. En nuestro estudio ninguno de los factores analizados demostraron tener asociación estadística significativa con efecto protector sobre la ideación suicida. Sin embargo dentro de los hallazgos

descriptivos se evidencia que el 71,7% (n=43) que obtuvo un riesgo alto o moderado de ideación suicida afirmó tener como creencia religiosa ser católico o cristiano.

En el mismo estudio (100) encontraron que, los factores de riesgo identificados en la población entrevistada coinciden con otras investigaciones internacionales y concluyen que las personas que consumen drogas, con condenas extensas, asuntos judiciales pendientes, poco soporte familiar y deterioro de la salud física, son las más vulnerables a la ideación suicida. Por el contrario en nuestro estudio se halló asociación estadísticamente significativa con el aspecto familiar de “Tener hijos”, es decir que los internos que afirmaron tener hijos tienen 10 veces mayor probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida. Con respecto al consumo de drogas los resultados fueron similares es decir aquellos internos que obtuvieron un nivel alto o moderado de ideación suicida 73,3% (n=44), afirmaron haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al centro penitenciario”.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN GENERAL

1. Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida son a) Tener hijos, b) estar desocupado dentro del centro penitenciario. c) Tener condición jurídica de sentenciado, d) tener un tiempo de reclusión que oscila entre > 1 año hasta los 5 años y e) haber tenido episodios de autolesiones durante su estancia dentro del establecimiento penitenciario.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

1. Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida dentro del “Contexto sociodemográficos” son: a) Tener hijos, b) estar desocupado dentro del centro penitenciario.
2. No se encontró factores “Del contexto sociocultural y familiar” que aumenten la probabilidad de riesgo alto o moderado de ideación suicida.
3. Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar un alto o moderado riesgo de ideación suicida dentro del “Contexto de la Propia reclusión” son: a) Tener condición jurídica de sentenciado, b) tener un tiempo de reclusión que oscila entre > 1 año hasta los 5 años y c) haber tenido episodios de autolesiones durante su estancia dentro del establecimiento penitenciario.
4. Se concluye que el 66.67% (n=37) de la población penitenciaria participante en el estudio, tienen un nivel de riesgo alto de ideación suicida, mientras que el 25% (n=15) obtuvo un nivel de riesgo moderado, y tan sólo el 8.33% (n=8) obtuvo un nivel de riesgo bajo de ideación suicida.

RECOMENDACIONES

1. Los centros de atención a privados de libertad deben establecer estrategias técnico-administrativas que permitan identificar a aquellas personas con antecedentes de autolesiones por ende mayor riesgo de desarrollar conductas e ideaciones suicidas a repetición e incluirlos en un proceso terapéutico o psicoeducativo que atienda oportunamente sus necesidades.
2. A pesar que el diseño del estudio, nos da sólo alcances descriptivos, termina siendo una contribución a la salud mental de esa población pues brinda información importante para desarrollar estrategias de atención centrados en incentivar la comunicación con las familias de los internos, sobre todo en aquellos que son padres de familia y lograr así que “el tener hijos” sea un factor protector y/o estímulo positivo para prevenir conductas e ideas suicidas.
3. Se deben promover procesos psicoeducativos y no sólo psicoterapéuticos, pues lo que se busca es la prevención mediante el desarrollo de habilidades que permitan a los privados de libertad identificar cogniciones y conductas disfuncionales, que podrían estar relacionadas con la ideación suicida.
4. Es importante recalcar la implementación de buenos canales de comunicación entre los privados de libertad y el área administrativa, para incentivar que los internos puedan tener la oportunidad de tener espacios educativos, religiosos, de recreación y laborales que resultan muy significativos para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades cognitivas y conductuales en esta población, que les ayudarán en la construcción de planes de vida y a disminuir los sentimientos de abandono, ya que la gran mayoría tendrá un tiempo de reclusión prolongado como el encontrado en nuestro estudio (>1 año hasta los 5 años), de esta manera se mantengan ocupados, disminuyendo su riesgo de ideaciones y conductas suicidas.
5. Se espera que esta investigación aporte información para el desarrollo de programas oportunos de prevención e intervención de la conducta

e ideas suicidas en la institución, sobre todo en aquellos internos en condición de sentenciado, ya que según nuestros resultados son los que tienen mayor riesgo de ideaciones suicidas.

6. Considerando lo anterior, y teniendo en cuenta que el suicidio es una de las principales causas de muerte en prisión, además de que en países latinoamericanos son pocos los estudios realizados sobre estos hechos, se hace pertinente la elaboración de programas de investigación que profundicen aspectos relacionados con el suicidio en todos sus niveles, desde las ideas suicidas hasta el suicidio consumado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prevención del suicidio, un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud; 2009. p. 7-9.}
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones [Internet]. Ginebra; 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf.
3. Leal C, Macedo E, Lima L. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cadernos Saude Pública [Internet]. 2013;29:175–87. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500020&lang=es
3. Rosselló J, Berríos M. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriquenos/as. Rev ~ Interam Psicol. 2004;38:295–302.
4. Mansilla F. Suicidio y prevención. Palma de Mallorca: Intersalud; 2010.
5. Bedoya A, Martínez-Carpio P, Humet V, Leal M, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. Rev Esp Sanidad Penitenciaria. 2009;11:37–41
7. Bentham J. El Panóptico. Madrid: Piqueta; 1979. p. 186.
8. Ruíz JI. Clima emocional y sobreocupación en prisión: una evaluación mediante informantes clave. Rev Suma Psicol. 2006;13.
9. Chocho AS, González AR. La importancia de la pericia médico legal con los privados de libertad. Med Legal Costa Rica. 2007:24
10. Prevención del suicidio en cárceles y, prisiones., Ginebra: Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, I.A.S.P. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud; 2007. p. 6–13.
11. Archel E, Rauvant J. Le suicide en milieu pénitentiaire: le corps en jeu. Rev Franc Psicol Med. 1989;21: 483–5
12. Ruiz J. Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 2007; 39 (3):547-61. Disponible en: <http://openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/337/237>.

13. Muñagorri R, Peñalver M. Intentos autolíticos en prisión: un análisis forense. *Anales de Psicología* [Internet]. 2008;24(2):361- 9. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/42991/41281>.
14. Casullo M, Scheinsohn M. Comportamientos suicidas en situaciones de internación psiquiátrica. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica* [Internet]. 2006;2(22):29- 48. Disponible en: www.aidep.org/03_ridep/R22/R222.pdf
15. Ruíz JI, Gómez I, Landazabal ML, Morales S, Sánchez V, Páez D. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología* 2002; 11:99-114.
16. Bénèzech, M., & Rager, P. (1987). Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral: considérations générales. *Psychologie Medicale*, 19; (5) 613-615.
17. Linehan M. (2008). Prólogo. Cognición y suicidio. En: Ellis, T. (2008) *Cognición y suicidio. Teoría investigación y terapia*. (A. Solís, Trad.) México: Manual Moderno Organización Mundial de la Salud, ¿Cómo se puede prevenir el suicidio?, 2012, Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/24/es/index.html>, Fecha de consulta: 05 de enero de 2017
18. Organización Mundial de la Salud, ¿Cómo se puede prevenir el suicidio?, 2012, Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/24/es/index.html>, Fecha de consulta: 05 de enero de 2017
19. Medina-Pérez Ó, Cardona-Duque DV, Arcila-López SC. Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina* 2011; 13(23):268-280.
20. MINSA. Oficina Ejecutiva de Prensa del ministerio de salud. Lima: [Citado: mayo 2007].Disponible:<http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?npcodigo=4414&mes= 2&anio=2007>
21. MINSA. Oficina Ejecutiva de Prensa del ministerio de salud. Lima: [Citado: 11 de setiembre 2016].Disponible: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18754>
22. Jerson Muñoz M, Verónica Pinto M, Héctor Callata C, Nilton Napa D, Alberto Perales C. Ideación suicida y cohesión Familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2006; 23(4)
23. Peru.com (2013). Depresión y ansiedad son principales problemas de salud mental de internos en cárceles [Noticias en línea]. Recuperado

de: <http://peru.com/estilo-de-vida/salud/depresion-y-ansiedad-son-principales-problemas-salud-mental-internos-carceles-noticia-142855>.

24. García, A. (2009). Estrategia de sobrevivencia, formas de interacción y significado acerca de la vida en prisión, que poseen cuatro privados de libertad institucionalizados por más de 10 años en el Sistema Penitenciario Nacional, y que se encuentran actualmente reclusos en el centro Penitenciario Calle Real Liberia. Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología. Sede Guanacaste. Universidad de Costa Rica.
25. Mondragón L., Saltijeral M., Bimbela A. y Gorges G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Revista de Salud Mental*, 21, 20-27.
26. Mojica CA, Sáenz DA, Rey-Anacona CA. Riesgo Suicida, Desesperanza y Depresión en Internos de un Establecimiento Carcelario Colombiano. *Rev Colomb Psiquiatr* 2011; 38(4):681-692.
27. Folino JO, Marchiano SE, Sánchez AW. Suicidio en convictos bonaerenses. *Rev Argen Psiquiatr* 2003; 14:286-291.
28. Bird SM. Changes in male suicide in Scottish prisons: 10-year study. *Br J Psychiatry* 2008, 192:446-449.
29. Lekka, N., Argyriou A. y Beratis, S. (2006). Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. [Ideación suicida en prisioneros: factores de riesgo y relevancia en la conducta suicida]. *European Archives of Psychiatry and Clinic Neurosciense* 256 : 87–92. [Archivo de datos] Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>
30. Zhang, J., Grabiner, V., Zhou, Y. y Li N. (2010). Suicidal ideation and its correlates in prisoners. A comparative study in China [Ideación suicida y sus correlatos en prisioneros. Un estudio comparativo en China] *Revista Crisis* 2010; Vol. 31(6):335–342
31. Escalante, L. (2006). Suicidio en Costa Rica. Análisis del perfil demográfico de casos de suicidio en el periodo comprendido entre octubre de 2004 a marzo de 2005. Tesis para optar por el grado académico de especialista en Psiquiatría. Sede Rodrigo Facio. Universidad de Costa Rica.
32. Híjar M, Rascón R, Blanco J, López V. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental* 1996;19(4): 14-21.
33. Weissman M. The epidemiology of suicide attempts, 1960-61. *Arch Gen Psychiatry* 1974;(30):737-746.

34. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993;(371):9-20.
35. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trutman P. Preventing teenage suicide. A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; (27): 675-687
36. Kosky R, Silburn S, Zubrick S. Are children in adolescence who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide. *J Nerv Men Dis* 1990;(178):38-43.
37. Coie J, Watt N, West S, Hawkins D, Asarnow J, Markman H et al. The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a National Research Program. *Am Psychol* 1993; 48:10:1013-1022
38. Rotheram-Borus M. Suicidal behavior and risk factors among runaway youths. *Am J Psychiatry* 1993;(150):103-107.
39. González-Forteza, et al (1988). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Revista de Salud Pública de México. salud pública de México*.40, (5):430-437. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6109/7174>
40. Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio. Un imperativo global. Resumen ejecutivo, 2014, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
41. García-De-Jalon, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3): 87-96. Recuperado de: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>.
42. Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 15 (2): 196-217.
43. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2013). Suicidio. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>.
44. Mesa, G. (1990). Suicidio: epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
45. Beck At, Weissman A, Lester D, Trexler L: Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry*, 33:835-837, 1976
46. Mann Jj, Waternaux C, Haas Gl, Malone Km: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156:181-189, 1999.

47. Mann Jj: Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*, 4(10):819-828, 2003.
48. Roy A: Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 40:971- 974, 1983.
49. Statham Dj, Heath Ac, Madden Paf, Bucholz Kk Y cols.: Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med*, 28:839-855, 1998
50. Schulsinger F, Kety Ss, Rosenthal D, Wender PH: A family study of suicide. En: Shou M, Stromgren E (eds). *Origin, Prevention, and Treatment of Affective Disorder*. Academic Press, 277-287, Nueva York, 1979.
51. Van Heeringen K: The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*, 48(5):292- Borges G, Walters Ee, Kessler Rc 300, 2003
52. Seligman Me: *Helplessness on Development, Depression and Death*. Freeman and Company, Nueva York, 1975
53. Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15(2), 196-217.
54. Dias de Mattos, L., Azevedo, R., Jansen, K., Peretti, R., Lessa, B. y Pinheiro, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 32(1) 37-41.
55. Jiménez, T. y González, Forteza, C. (2003) “Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. *Salud mental* 26 (6), 35-51.
56. Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de Investigación*, Iztacala, UNAM; 121-130.
57. Miranda, I., Cubillas, M., Román, R y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.
58. Serrano, M., y Flores, M. (2005) Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, (15)2, 221-230.
59. Corral, V. (1995). Modelos de variables latentes para la investigación conductual. *Acta Comportamental*, 3(2), 171-190.
60. Kantor, J. (1971). *The Aim and Progress of Psychology and other Sciences: A Selection Of Papers*. Chicago: Principia Press.
61. Moscicki, E. (1995). Epidemiology of Suicidal Behavior. *Suicide Life Threat Behavior*; 25(1), 22-35

62. Mejía, M., Sanhueza, P. & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoria*, 8: 15-25.
63. Forster PI, Wu Lh: Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Rev Psychiatry*, 21:75-113, 2002
64. Ahrens B, Linden M: Suicidal behavior-symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 41(Supl.1):116-121, 200035. SHARMA V: Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. *Bipolar Disord*, 5(Supl.2):48-52, 2003
65. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol*, 151(8):781-789, 2000
66. Koller G, Preuss Uw, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M: Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(4):155-160, 2002
67. Borges G, Cherpitel Cj, Macdonald S, Giesbrecht N, Stockwell T, Wilcox Hc: A case-crossover study of acute alcohol use and suicide attempt. *J Stud Alcohol*, 65(6):708-714, 2004.
68. Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (2): 1-5.
Recuperado de: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N02/AR1_Vol15_No2_2011.html
69. Negredo, L., Melis, F. & Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund_Accxsit_2010.pdf.
70. García-De-Jalon, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3): 87-96. Recuperado de: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>
71. Borges, G. *et ál.* (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J. Clin. Psychiatry*, 71 (12): 1617-28.
72. Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 3 (60): 1126-30.
73. Kohli, M. *et ál.* (2010). Association of genetic variants in the neurotrophic receptor-encoding gene *Ntrk2* and a lifetime history of suicide attempts in depressed patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67 (4): 348-59. Recuperado de: <http://f1000.com/prime/2281957>.

74. Saifi, A., Mansourian, A. & Marjani, A. (2010). Drugs and suicide by young adults. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 4 (22): 53-6.
75. Lohner, J. & Konrad, N. (2007). Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *International Journal of Prisoner Health*, 3 (2): 135-161. doi: 10.1080/17449200701321654.
76. OMS - Organización Mundial de la Salud & International Association for Suicide Prevention Officers (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf.
77. Binswanger, I., Merrill, J., Krueger, P., White, M., Booth, R. & Elmore, J. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100 (3): 476-482.
78. Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Hautzinger, M. & Maier, W. (2003). Psychiatrische Komorbidität in risikogruppen für Opiatabhängigkeit: eine Untersuchung an Opiatabhängigen und nicht Opiatabhängigen BTMG-Inhaftierten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71: 37-44. Recuperado de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=14519056>
79. Oliffe, L., Ogrodniczuk, J., Bottorff, J., Johnson, J. & Hoyak, K. (2010). "You feel like you can't live anymore": Suicide from the perspectives of men who experience depression. *Social Science y Medicine*, 74 (4): 1-9. doi:10.1016/j.socscimed. 2010.03.057
80. OMS - Organización Mundial de la Salud (2000). Preventing suicide: A resource for prison officers. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf.
81. Douglas, K., Herbozo, S., Poythress, N. G., Belfrage, H. & Edens, J. F. (2006). Psychopathy and suicide: a multisample investigation. *Psychological Services*, 3 (2): 97-116. Recuperado de : <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2006-07382-003>
82. Snow, L., Paton, J., Oram, C. & Teers, R. (2002). Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4 (4): 317-322.
83. Konrad, N., Daigle, M., Daniel, A., Dear, G., Frottier, P., Hayes, L., Kerkhof, A., Liebling, A. & Sarchiapone, M. (2007). Recommendations from the international association for suicide prevention task force on suicide in prisons. *Crisis*, 28 (3): 113-121. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17992824>.

84. Magaletta, P., Patry, M., Wheat, B. & Bates, J. (2008). Prison inmate characteristics and suicide attempt lethality: an exploratory study. *Psychological Services*, 5 (4): 351-361. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ser/5/4/351/>.
85. Nock, M. et ál. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192: 98-105. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245022>.
86. Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: asystematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (11), 1721-1731. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19026254>
87. Bobes, J., Giner, J. & Saiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Tricastela. Recuperado de: http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf.
88. Frottier, P., Koenig, F. (2009). The distillation of "VISCI": Towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide Life Threat Behavior*, 39 (4): 376-85. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19792979>.
89. Rivas Rojas, et al. (2012). Características Sociodemográficas Asociadas A La Depresión En Las Internas Del Penal Huacariz De Cajamarca, Año 2012. Vol. 1 (1): 40 – 46. Disponible en: [Users/Desktop/324-1134-1-PB.pdf](#)
90. Torres Llosa, et al (2014). Esperanza Y Razones Para Vivir En Internas De Penales Modelo De Lima. Tesis PUCP. Año 2014. Pag 1- 56. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5796>
91. Mercado Heudebert, et al., (2014). Razones Para Vivir Y Afrontamiento En Mujeres Privadas De Su Libertad. Tesis PUCP. Año 2014. Pag. 1- 51. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5912>
92. Coa Mamani, et al., (2016). "Ideación suicida en internos sentenciados por violación de la libertad sexual y sentenciados por homicidio del Establecimiento Penitenciario Juliaca, 2015" Tesis Universidad Peruana Unión Facultad Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Psicología. Pag 1- 84. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/110>
93. Manual de Diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales 2014. DSM V. 5ta edición. Pag. 244. La American Psychiatric Association.

94. Resumen de "El suicidio" 2012, 1º Año , 2º Cuatrimestre , » DURKHEIM, "El suicidio (1858-1917)" Apuntes personales , Sociología Clásica. Disponible en: <http://estudioantropologia.blogspot.pe/2012/04/durkheim.html>
95. King, J. D. & Kowalchuk, B. (1994). ISO – 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation – 30. Minneapolis: National Computer Systems.
96. King D, Kowalchuck B. Inventory of suicide orientation-30, ISO 30. Minneapolis: National Computer Systems, INC; 1994.
97. Rueda SM. Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados Medellín - zona noroccidental, 2010 [Trabajo de grado Magister en Epidemiología]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012.
98. Casullo, M. M. (1997). Riesgo suicida en estudiantes universitarios. Epidemiología y prevención. Desarrollos en Psiquiatría Argentina, 2, 4, 33 – 38.
99. Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle. C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema, 18(3), 572-577.
100. Baltodano Ch., et al., (2014). Ideación suicida en privados de libertad: Una propuesta para su atención. Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica. Vol. (15), N°32. 223-248.

ANEXOS

ANEXO A: CUESTIONARIO DE IDEACIÓN SUICIDA Escala ISO-30



“INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA – 30” (ISO – 30)

Su participación en el presente estudio titulado: “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN UNA POBLACIÓN PENITENCIARIA DE LIMA. 2017”, es voluntaria, con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar en la investigación. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de enunciados sobre orientación suicida, en relación con ello, solicito a usted, lea cuidadosamente cada enunciado y marque con una “X”, en solo uno de los cuatro recuadros ubicados a la derecha.

De acuerdo a la alternativa que usted marque, cada enunciado será calificado: *Totalmente en desacuerdo, en parte en desacuerdo, en parte de acuerdo, totalmente de acuerdo*, al finalizar la prueba se obtendrá un puntaje total el cual ayudará a definir la presencia de riesgo suicida (alto, medio o bajo) en cada participante de este estudio.

ENUNCIADOS	Totalmente en desacuerdo.	En parte en desacuerdo.	En parte de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Yo debo ser un soñador, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.				
2. Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.				
3. Generalmente pienso que los peores sentimientos desaparecerán.				
4. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.				
5. Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.				
6. Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.				
7. Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.				
8. Aún cuando estoy muy enojado por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente.				
9. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.				
10. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.				
11. Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				
12. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				
13. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.				
14. Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
15. Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.				
16. Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.				
17. Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.				
18. Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo				
19. Siento como que “no pertenezco a ningún lado”.				
20. Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.				
21. Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.				
22. Siento que tengo control sobre mi vida.				
23. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.				
24. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.				
25. Para no sentirse mal o solo, pienso que la solución es morirse.				
26. Nadie me amaría si realmente me conociese bien.				
27. Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.				
28. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).				
29. Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.				
30. Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.				

¡ Gracias por su participación ¡

**ANEXO B: Ficha de recolección de datos: sobre los factores asociados:
sociodemográficas, socioculturales, familiares, y propios de la reclusión**



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN INTERNOS DE UN CENTRO PENITENCIARIO DE
LIMA**

Su participación en el presente estudio es voluntaria, con el llenado del presente CUESTIONARIO. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de enunciados sobre ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS, SOCIO-CULTURALES Y FAMILIARES Y PROPIOS DE LA RECLUSIÓN "en relación con ello, solicito a usted, lea cuidadosamente cada enunciado y marque con una "X" en la alternativa que usted considere (recuadros ubicados a la derecha)

Edad (en años)	
----------------	--

Ocupación dentro del penal:	Desocupado ()	solo estudiante ()	estudiante y trabajador ()	solo trabajador ()
-----------------------------	-------------------	------------------------	--------------------------------	------------------------

Nivel de instrucción	No escolarizado ()	Nivel primario ()	Nivel secundario ()	Nivel superior técnico ()	Nivel superior universitario ()
----------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Estado civil	Casado ()	Divorciado ()	Soltero ()	Conviviente ()	Viudo ()
--------------	---------------	-------------------	----------------	--------------------	--------------

Tener hijos actualmente	Sí ()	No ()
-------------------------	-----------	-----------

Historia de violencia intrafamiliar	Sí ()	No ()
-------------------------------------	-----------	-----------

Familiares con los que vivía en casa (puede marcar más de una alternativa)	Sólo papá ()	Sólo mamá ()	Papá y mamá (juntos) ()	Otros parientes ()	Hermanos ()	Yo Sólo ()
--	------------------	------------------	-----------------------------	------------------------	-----------------	----------------

Mi tiempo libre era dedicado a acudir a un centro laboral o académico, antes de la reclusión actual	Sí ()	No ()
---	-----------	-----------

Haber consumido drogas ilegales previo al ingreso en el centro penitenciario (por ejemplo: marihuana, pasta básica de cocaína, otros)	Sí ()	No ()
---	-----------	-----------

Creencia religiosa	Católico ()	Cristiano ()	Ninguna ()	Otras ()
--------------------	-----------------	------------------	----------------	--------------

Preferencia sexual (sentir atracción física por)	Por los hombres ()	Por las mujeres ()	Hombres y mujeres ()
--	------------------------	------------------------	--------------------------

Haber recibido algún tratamiento con psicofármacos; por alguna enfermedad mental diagnosticada. Previo al ingreso al centro penitenciario	Sí ()	No ()
---	-----------	-----------

Antecedentes familiares de suicidio	Sí ()	No ()
-------------------------------------	-----------	-----------

Intentos de suicidio previos	Sí ()	No ()
------------------------------	--------	--------

Padecer o haber padecido de alguna enfermedad	Tuberculosis (TBC) ()	Enfermedad de transmisión sexual (ETS) ()	VIH (SIDA) ()	Cáncer ()	Otras enfermedades () (Especifique: _____)	Ninguna ()
---	---------------------------	---	-------------------	---------------	--	----------------

Tipo de delito:

Actos contra el pudor	Robo o hurto agravado	Tráfico ilícito de drogas	Violación sexual en menores o mayores de edad	Homicidio calificado, simple o asesinato	Tenencia ilegal de armas
Actos contra el pudor en menores de 14 años	Asociación ilícita para delinquir	Secuestro	Microcomercialización o micro-producción de drogas	Incumplimiento de la obligación alimentaria	Promoción o favorecimiento al tráfico ilícito de drogas

Otros delitos (escriba): _____

Condición jurídica	Sentenciado ()	Procesado ()
--------------------	-----------------	---------------

Tiempo de reclusión hasta el momento (en años)	0-1 año	> 1 año hasta 5 años	> 5 años hasta 10 años	>10 años hasta 15 años	>15 años
--	---------	----------------------	------------------------	------------------------	----------

Tiempo total de condena (años)	Hasta 5 años	>5 años hasta 10 años	> 10 hasta los 15 años.	> 15 años.
--------------------------------	--------------	-----------------------	-------------------------	------------

Historia de reclusiones previas	Sí ()	No ()
---------------------------------	--------	--------

Durante la estadía en prisión haber tenido episodios de autolesiones (daños hacia su persona: uso de material punzo-cortante, quemaduras auto-provocadas, consumo de fármacos, alcohol con la intención de suicidarse, otros.	Sí ()	No ()
---	--------	--------

Consumo de fármacos (pastillas) para la depresión, ansiedad, para conciliar el sueño actualmente (por ejemplo: diazepam, clonazepam, alprazolam, etc)	Sí ()	No ()
---	-----------	-----------



ANEXO 3

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN UNA POBLACIÓN PENITENCIARIA DE LIMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted participará en una investigación titulada “**FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN UNA POBLACIÓN PENITENCIARIA DE LIMA. 2017.** Esta investigación será realizada por Edith Guardia Espinoza, alumna de la Facultad Medicina Humana de la UNMSM. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación por cumplir con ciertas características requeridas en nuestro estudio. Si acepta participar en este estudio, se le hará un cuestionario, las respuestas serán confidenciales y anónimas.

Se le informará de manera clara y sencilla sobre todo lo que respecta a este estudio antes de empezar la investigación.

Riesgos y Beneficios: No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El primer beneficio es que la información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional.

Confidencialidad: En ninguna publicación se mencionará su nombre, pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que puedan identificarlo serán manejados confidencialmente. Los datos se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo consentimiento suyo.

Derechos: Si ha leído este documento y ha aceptado participar, entiende que la participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Su firma en este documento significa que usted ha decidido participar, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento

Lima,..... de.....del 2017.

Firma del Participante